Fonds pour l'adaptation des services de santé Rapport final

Code de projet :	**QC407**
Titre de projet :	**Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie**
Date de réception du rapport :	**24 avril 2001**

Le présent document est une version électronique du rapport final du projet mentionné en rubrique tel que le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé l'a reçu à la date précisée ci-dessus. Le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé n'assume aucune responsabilité pour la complétude et(ou) l'exactitude du rapport.

Si les coordonnées de la personne-ressource ne sont plus à jour, le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé ne peut s'engager à fournir une mise à jour des renseignements.

Si les auteurs du présent rapport ont préparé des versions subséquentes de celui-ci, le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé n'assume pas la responsabilité de fournir de tels documents.

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du gouvernement fédéral, provinciaux ou territoriaux.

Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie (Projet QC407)

Rapport soumis au
Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé

par
Eric Latimer, Ph.D.
Céline Mercier, Ph.D.
Anne Crocker, Ph.D.

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
6875 Boulevard Lasalle
Verdun (Québec) H4H 1R3

Le 18 avril 2001

Pour fins de communication des résultats, contacter :
Dr Eric Latimer, (514) 761-6131 x2351, lateri@douglas.mcgill.ca

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle du gouvernement fédéral, provincial ou territorial.

Sommaire

Environ 2 à 3% de la population est atteinte de troubles mentaux graves: schizophrénie et troubles schizoaffectifs, troubles affectifs graves, etc. Depuis les années 80 environ, on met en place à l'intention de ces personnes de plus en plus de programmes de soutien communautaire. Ces programmes visent à aider ces personnes à vivre de façon adéquate dans la communauté, tout en minimisant le recours à l'hospitalisation. Parmi les différents modèles de soutien communautaire qui ont été développés, le suivi intensif en équipe dans la communauté (*Assertive Community Treatment,* ou ACT*)* est celui qui a été le plus étudié, et qui sert le plus souvent de référence. Plus d'une cinquantaine d'études démontrent que les programmes de ce type réduisent les hospitalisations de façon souvent dramatique, et qu'ils tendent à avoir plusieurs effets bénéfiques pour les clients: réduction des symptômes, augmentation de la qualité de vie subjective et de la satisfaction par rapport aux services.

Le modèle ACT a été adopté officiellement par l'Ontario, où l'on retrouve à l'heure actuelle une soixantaine d'équipes ACT. Diverses autres provinces, dont le Québec, comptent également un nombre grandissant d'équipes de suivi intensif calquées sur le modèle ACT. On estime qu'environ 0,7 à 1 personne sur 1 000, en moyenne, devraient être desservies par ce genre de programme. Le développement de cette modalité de traitement au Canada en est donc encore à ses débuts, surtout au Québec et dans d'autres provinces à part l'Ontario.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont beaucoup plus prévalents chez les clients potentiels de ces équipes que dans la population générale: on estime la prévalence de consommation néfaste dans les 6 derniers mois d'alcool ou de drogues à entre 25% et 35% chez cette population. La consommation d'alcool et de drogues chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves est associée à une foule d'effets négatifs, dont: vulnérabilité accrue aux rechutes et aux réhospitalisations, dépression, comportements suicidaires, violence et incarcération, itinérance, vulnérabilité accrue au SIDA et à l'hépatite C, utilisation accrue des services et augmentation des coûts.

L'approche traditionnelle au traitement de ces personnes consiste à leur offrir des services séparés pour le traitement de leur maladie mentale, et pour le traitement de leur alcoolisme ou toxicomanie. Toutefois, on reconnaît maintenant que le recours à des systèmes de traitement séparés donne de piètres résultats. Des études réalisées au cours des 10 à 15 dernières années démontrent maintenant qu'on doit plutôt offrir un traitement intégré, sur une base externe, et à long terme. Ces études suggèrent que des équipes de type ACT, formées au traitement intégré, sont le mode de service le plus approprié et le plus efficace pour cette clientèle.

Au moment où ce projet a été initié, il n'existait pratiquement aucune équipe de suivi intensif formée au traitement intégré au Canada, et aucune au Québec. Le but principal du projet a été de former une équipe de suivi intensif, calquée sur le modèle ACT, au traitement intégré, et d'évaluer l'efficacité et l'efficience de l'équipe. On a également dressé un bilan qualitatif des activités de formation. Le projet s'est déroulé à l'hôpital Douglas, un hôpital psychiatrique à Montréal, où il existe depuis septembre 1997 une équipe de suivi intensif qui se calque délibérément sur le modèle ACT, avec la collaboration d'une consultante américaine.

Pour développer dans l'équipe une capacité à traiter les personnes alcooliques et toxicomanes, on a engagé un spécialiste en alcoolisme/toxicomanie qui avait une expérience préalable du suivi des personnes atteintes de troubles mentaux graves. On a envoyé ce spécialiste faire un stage de trois semaines au Rhode Island, où il a pu observer des équipes de suivi intensif qui donnaient un traitement intégré. Il a également reçu une formation de deux jours au New Hampshire. On a aussi offert à l'équipe entière des formations supplémentaires, données par des spécialistes canadiens.

L'évaluation a été réalisée en combinant plusieurs sources d'information: relevé descriptif des contacts effectués par les intervenants; questionnaires administrés aux patients et des intervenants, au moment de l'admission au programme et à tous les six mois par après; données administratives de l'hôpital sur l'utilisation des services; et données de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur les coûts des services médicaux et produits pharmaceutiques qui lui ont été facturés.

Nous avons évalué la fidélité du programme au modèle ACT en utilisant l'échelle de fidélité de Dartmouth. Le score de 4,05/5 obtenu est plus élevé que la moyenne des scores calculés aux États-Unis pour des équipes jugées fidèles au modèle. Le niveau élevé obtenu est en partie attribuable à la présence sur l'équipe d'un spécialiste en alcoolisme/toxicomanie et au recours à des méthodes de traitement intégré. Il est donc possible d'adopter, sans modification importante, ce modèle américain, malgré les différences entre nos systèmes de santé.

Les données obtenues des intervenants et des clients quant à la consommation d'alcool et de drogues, et quant aux effets plus ou moins graves de cette consommation sur les clients, sont quelque peu contradictoires. Dans l'ensemble toutefois, elles suggèrent qu'environ 30% de la clientèle du programme consomme présentement de l'alcool ou des drogues. Étant donné la vulnérabilité documentée de cette clientèle aux effets négatifs de la consommation, toutes ces personnes ont besoin de suivi au niveau de leur consommation.

Les résultats suggèrent que le programme a eu plusieurs effets positifs sur les clients: baisse des hospitalisations et des visites à l'urgence; augmentation du niveau de fonctionnement tel que perçu par les clients et les intervenants; augmentation de la satisfaction des clients eu égard aux services, et augmentation de la qualité de vie subjective des clients. En outre, du point de vue de l'hôpital, le programme semble avoir permis de réaliser une économie annuelle d'environ 3 200$ par client, ou environ 200 000$ pour les 61 clients de l'équipe. Cette économie provient principalement d'une chute dramatique dans le nombre de jours d'hospitalisation de la clientèle. Elle signifie que le programme permet à l'hôpital de réduire l'écart entre les services qu'il aimerait pouvoir offrir à sa clientèle, et ceux que son budget lui permet de fournir.

Du point de vue du réseau de la santé et des services sociaux, on observe une augmentation du coût des médicaments d'environ 2 000$ par patient par année, attribuable en bonne partie à une plus grande assiduité dans la consommation. Malgré cette augmentation, toutefois, le programme semble avoir pour effet net de réduire les coûts pour le réseau d'environ $4 400 par client par année. La raison de cette augmentation de l'économie lorsque l'on adopte la perspective du réseau est principalement que l'on attibue aux services des coûts

unitaires plus élevés, tenant compte des coûts indirects élevés des services hospitaliers. L'impact de la baisse dramatique dans les jours d'hospitalisation s'en trouve beaucoup amplifié.

On peut donc conclure que le programme est efficient, du point de vue de l'hôpital et du point de vue du réseau de la santé et des services sociaux, puisqu'il augmente la qualité des soins tout en coûtant moins. Nous n'avons pas pu, cependant, détecter d'effet sur la consommation d'alcool ou de drogues, ou sur la disposition des clients à diminuer ou enrayer leur consommation. Ceci pourrait provenir du relativement petit nombre de personnes concernées qui ont accepté de participer à l'étude, de la durée de suivi limitée, du manque de sensibilité et de précision de nos mesures, ou d'un manque d'efficacité du traitement qui a été implanté.

Des entrevues auprès des personnes impliquées dans cette démarche de formation (formateurs, intervenants, et un client) révèlent un bilan généralement positif de l'expérience. Grâce au projet, l'équipe a pu commencer à identifier de façon systématique les clients qui avaient besoin d'intervention au niveau de leur consommation d'alcool ou de drogues, et à intervenir sur cette problématique. Toutefois, on note que la formation de l'équipe au traitement intégré demeure incomplète.

En conclusion, la documentation scientifique indique clairement qu'il faut augmenter le nombre d'équipes de suivi intensif calquées sur le modèle ACT, et qu'il faut les former au traitement intégré. Cela implique d'une part l'engagement d'un ou, préférablement, surtout au début, de deux spécialistes en alcoolisme/toxicomanie sur l'équipe; et d'autre part, une formation de base dirigée à l'ensemble de l'équipe. Ce projet a démontré qu'une telle démarche est réaliste dans le contexte de notre système de santé. Nos résultats alliés à ceux que l'on retrouve dans la documentation scientifique indiquent que c'est une voie qui contribuerait à augmenter l'efficacité et l'efficience des soins accordés à un sous-groupe de la population particulièrement vulnérable. La documentation scientifique suggère en outre que le mécanisme d'intégration qui consiste à rassembler les prestataires de différents types de soins au sein d'une même équipe clinique est le plus efficace non seulement pour la clientèle santé mentale/alcoolisme ou toxicomanie, mais pour toute la clientèle atteinte de troubles mentaux graves. Il y a lieu d'examiner dans quelle mesure cette conclusion se généralise à d'autres groupes de la population à problématiques multiples, telles que les personnes âgées.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire ***i***

1. INTRODUCTION ***1***

1.1 Objectifs du projet **1**

1.2 Pertinence **1**

1.2.1 Contexte général 1
1.2.2 Définitions 2
1.2.3 Prévalence 3
1.2.4 Étiologie 3
1.2.5 Issues négatives associées à l'alcoolisme/toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves 3
1.2.6 Approches au traitement 4
1.2.7 Contexte immédiat du projet 6

2. ACTIVITÉS EFFECTUÉES DANS LE CADRE DU PROJET ***6***

2.1 Développement d'une capacité à traiter les doubles diagnostics **6**

2.2 Évaluation des effets du programme sur la clientèle **7**

2.2.1 Devis 7
2.2.2 Données obtenues 7
2.2.3 Analyse 9

2.3 Méthode utilisée pour dresser un bilan des efforts pour développer une capacité à aider la clientèle à double problématique **11**

2.4 Participants, partenaires et collaborateurs **12**

3. RÉSULTATS ***12***

3.1 Caractéristiques des sujets à l'entrée et prévalence de l'alcoolisme/toxicomanie **12**

3.2 Description des activités de l'équipe **16**

3.3 Effets sur l'accès aux services **19**

3.4 Intégration aux autres services **19**

3.5 Analyse économique **21**

3.5.1 Perspective de l'hôpital Douglas 21
3.5.2 Perspective du réseau 28

3.6 Autres effets sur la population visée **34**

3.7 Bilan qualitatif des efforts d'implantation d'une capacité à traiter les doubles diagnostics au sein de l'équipe PACT **38**

3.7.1 Fonctions assumées par le spécialiste en toxicomanie 38
3.7.2 Autres activités de formation 40
3.7.3 Perceptions des effets positifs 40
3.7.4 Difficultés 41
3.7.5 Bilan 42

3.8 Transférabilité **43**

3.9 Leçons apprises **44**

TABLE DES MATIÈRES (Fin)

4. DIFFUSION DES RÉSULTATS ______ ***46***

4.1 Diffusion des connaissances sur le traitement intégré ______ **46**

4.2 Résultats de l'étude ______ **46**

RÉFÉRENCES ______ ***48***

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données quantitatives : instruments, sources et intervalles ou périodes de collecte des données 10

Tableau 2. Caractéristiques des clients au moment de l'entrée dans l'étude 14

Tableau 3. Utilisation d'alcool et de drogues lors de la première entrevue 15

Tableau 4. Évaluation de la fidélité au modèle ACT de l'équipe PACT de l'Hôpital Douglas 16

Tableau 5. Utilisation annuelle moyenne d'hospitalisations, de visites à l'urgence et de services externes à l'Hôpital Douglas 23

Tableau 6. Utilisation de programmes de jour divers, telle que rapportée par les clients 23

Tableau 7. Impact économique net estimé de l'équipe PACT par année et par patient ($ 1999-2000): perspective de l'hôpital Douglas 26

Tableau 8. Utilisation d'autres ressources (autres qu'hébergement) du réseau de la santé et des services sociaux 28

Tableau 9. Coûts moyens par mois en services médicaux pour diverses périodes avant et après l'admission au programme PACT 29

Tableau 10. Impact économique net estimé de l'équipe PACT, perspective du réseau de la santé et des services sociaux, par année et par patient ($ 1999-2000) 33

Tableau 11. Évolution des mesures cliniques, de fonctionnement, de qualité de vie et de satisfaction des clients 33

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Lieux des contacts	17
Figure 2.	Personnes impliquées lors des contacts	17
Figure 3.	Nature des contacts	18
Figure 4.	Sujets traités lors des contacts	18
Figure 5.	Pourcentage des contacts effectués par l'équipe pour lesquels l'alcool/drogues a été indiqué comme un des sujets du contact, mai 1999 à février 2001	20
Figure 6.	Nombre de jours d'hospitalisation à l'Hôpital Douglas: moyenne par mois pour tous les clients PACT	22
Figure 7.	Nombre de visites à l'urgence de l'Hôpital Douglas: moyenne par mois pour tous les clients PACT	22
Figure 8.	Nombre de jours d'hospitalisation à l'Hôpital Douglas: moyenne par mois séparément pour clients interviewés et clients non interviewés	24
Figure 9.	Répartition des nuits d'hébergement, selon le type de ressource, avant et après l'admission au programme PACT	24
Figure 10.	Coût moyen par client et par mois des services médicaux facturés à la RAMQ	30
Figure 11.	Coût moyen par client et par mois des services médicaux facturés à la RAMQ, avec projection de la tendance pré-admission	30
Figure 12.	Distribution des niveaux de consommation d'alcool à différents temps de mesure	36
Figure 13.	Distribution des niveaux de consommation de drogue à différents temps de mesure	36
Figure 14.	Distribution des stades de traitement à différents temps de mesure: alcool	37
Figure 15.	Distribution des stades de traitement à différents temps de mesure: drogues	37

1. INTRODUCTION

1.1 Objectifs du projet

Le projet poursuivait au départ deux objectifs principaux :

1. Le développement de la capacité d'une équipe de suivi intensif de type «ACT» (*Assertive Community Treatment)* au Québec à donner un traitement intégré à une clientèle atteinte à la fois de troubles mentaux graves et persistants et de problèmes d'alcool ou de toxicomanie;

2. L'évaluation des effets du programme de suivi intensif sur les clients, et particulièrement sur les clients à double problématique (maladie mentale + alcoolisme/toxicomanie).

Afin de mieux répondre aux objectifs du FASS, nous nous sommes vers la fin du projet fixés un troisième objectif principal :

3. Dresser un bilan qualitatif de ces efforts d'implantation d'une capacité de traitement des clients à double problématique, afin d'en tirer des leçons utiles à d'autres programmes de suivi intensif en équipe.[1]

Nous avons en même temps poursuivi deux objectifs secondaires de diffusion des connaissances, relatifs aux deux premiers objectifs :

1a. Diffusion au Québec des connaissances sur le traitement intégré de la clientèle en question;

2a. Diffusion d'outils adaptés à l'évaluation de programmes visant cette clientèle qui ont été développés grâce à la subvention du FASS.

1.2 Pertinence

1.2.1 Contexte général

Depuis la fin des années 50, dans la plupart des pays industrialisés, on réduit, en vagues successives, le nombre de personnes en hôpital psychiatrique. Dans le but de rapprocher de la communauté le traitement de la maladie mentale, on a rapidement, surtout pendant les années 60, ajouté des départements de psychiatrie aux hôpitaux de soins généraux. Pendant longtemps on a alors traité les patients atteints de maladie mentale grave, s'ils n'étaient pas hospitalisés à long terme, en leur donnant des rendez-vous à la clinique externe et en leur offrant divers services de réadaptation.

---

[1] C'est à la demande de M. Christian Dagenais, du Ministère de la Santé et des Services sociaux, que nous avons ajouté cet objectif. Cela n'a pas augmenté coût du projet, puisque cette activité a été entièrement réalisée au moyen d'entrevues d'informateurs-clefs effectuées et synthétisées par le chercheur principal.

On s'est rendu compte cependant, à divers endroits au cours des années 70, que plusieurs patients ne se présentaient pas à leurs rendez-vous, cessaient de prendre leurs médicaments, et se retrouvaient en état de crise à la salle d'urgence, d'où ils étaient souvent hospitalisés; et que pour aider ces patients à demeurer de façon plus stable dans la communauté, il fallait intervenir auprès d'eux, de façon soutenue, dans leur milieu de vie. C'est ainsi qu'ont été développés divers modèles de suivi dans la communauté, dont le plus influent est le suivi intensif en équipe dans la communauté (*Assertive Community Treatment)* [1-4]. Ce modèle cible tout particulièrement les personnes sujettes à hospitalisations répétées, dont les vies tendent à se désorganiser fréquemment sans un soutien intensif dans leur milieu de vie. Cette clientèle ne représente que quelques pourcents de la population atteinte de troubles mentaux graves et persistants : environ 1 personne sur 1 000 [5]. Aux États-Unis, on recensait en 1996 environ 400 équipes de ce genre [6], sans compter des milliers de programmes de suivi autres.

Les caractéristiques du modèle de suivi intensif dans la communauté ont été définies avec beaucoup de précision dans la documentation américaine [3, 4], et plus récemment, dans des cadres de référence canadiens [7, 8]. En résumé, le modèle implique: (1) une approche très individualisée, avec définition d'un plan de traitement spécifique à chaque client; (2) une équipe multidisciplinaire, comprenant un psychiatre, des infirmières, des agents de relations humaines, des psychologues, etc.; (3) un travail en équipe, tous les intervenants étant impliqués dans l'intervention auprès de chaque client; (4) une intervention dans le milieu de vie des clients, et non dans les bureaux des intervenants; (5) un suivi intensif, avec services le soir et la fin de semaine et disponibilité 24/7. Il existe au moins une échelle destinée à mesurer la fidélité d'un programme particulier au modèle ACT [9].

Au Canada le modèle de suivi intensif en équipe dans la communauté n'a guère commencé à être adopté que depuis les années 90. Nous n'avons pas de nombres précis, mais il existe maintenant probablement presque une centaine de programmes de ce genre, dont environ 60 en Ontario. Leur nombre au Québec est encore très limité, mais augmente d'année en année.

La plupart de ces programmes se fixent encore des objectifs assez généraux: on cherche principalement à stabiliser les clients, sans nécessairement viser une réadaptation profonde. Mais le transfert des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves à des milieux de vie moins protégés les expose à une variété de risques : notamment, l'itinérance, l'isolement social, la victimisation sous diverses formes, et l'abus d'alcool et de drogues. La documentation scientifique, surtout américaine, décrit maintenant de plus en plus de programmes qui cherchent à répondre à ces problématiques spécifiques, en utilisant des méthodes de plus en plus sophistiquées. Pour des raisons définies plus bas, la consommation d'alcool et de drogues est une problématique particulièrement importante, et a constitué un point focal de ce projet.

1.2.2 Définitions

Lorsqu'on parle de maladies mentales graves dans la documentation scientifique sur les services pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et d'alcoolisme ou toxicomanie, on fait le plus souvent réference aux diagnostics principaux suivants : schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles bipolaires, et (moins souvent) dépression

majeure. Nous utiliserons, dans ce rapport, l'expression alcoolisme/toxicomanie pour traduire l'américain *substance use disorder*, qui désigne l'usage répété d'une substance qui agit sur le cerveau (substance psychoactive), ayant des effets négatifs sur la santé physique, les émotions, la vie sociale ou la vie professionnelle, ou occasionnant des situations physiquement dangereuses [10].

1.2.3 Prévalence

L'étude *Epidemiologic Catchment Area* aux États-Unis, une enquête épidémiologique menée dans un échantillon représentatif de régions américaines, a estimé une prévalence d'alcoolisme/ toxicomanie à vie de 48 % pour les personnes atteintes de schizophrénie et 56 % pour les personnes atteintes de troubles bipolaires, comparativement à 17 % dans la population générale [11]. Selon Drake et Mueser [12], la plupart des études suggèrent qu'entre 25 % et 35 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ont été affectées par l'alcoolisme/toxicomanie au cours des 6 derniers mois.

1.2.4 Étiologie

Dans une synthèse récente, Mueser et ses collègues [13] concluent que deux hypothèses en particulier contribuent à expliquer la prévalence élevée de l'alcoolisme/toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Tout d'abord, le trouble de personnalité antisocial est associé à la fois à l'alcoolisme/toxicomanie et à la maladie mentale grave. En effet, il existe, d'une part, une forte association entre le trouble de personnalité antisocial et l'alcoolisme/toxicomanie; d'autre part, le trouble de personnalité antisocial est plus prévalent parmi les personnes atteintes de troubles mentaux graves que dans la population générale. De plus, les patients atteints de maladie mentale grave qui ont un trouble de personnalité antisocial ont une plus grande probabilité d'être toxicomanes que ceux qui ne sont pas atteints de ce trouble.

La seconde hypothèse que la recherche à ce jour tend à confirmer est que les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont beaucoup plus sensibles aux effets de l'alcool et des drogues que la population générale. Drake et Wallach [14] ont noté que moins de 5 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans un échantillon avaient réussi à consommer l'alcool à long terme sans que la consommation ne finisse par devenir problématique, tandis que dans la population générale cette proportion s'élève à 50 %. Un faible niveau de consommation d'alcool ou de drogues semble augmenter les taux de rechute chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves.

1.2.5 Issues négatives associées à l'alcoolisme/toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues tendent à être plus réfractaires au traitement [14]. Elles s'insèrent difficilement soit dans le réseau de traitement pour la maladie psychiatrique, soit dans le réseau de traitement pour alcoolisme/toxicomanie. Elles semblent souvent démotivées et difficiles à maintenir en traitement externe.

L'alcoolisme/toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves a été associé à une plus grande vulnérabilité aux rechutes [15, 16], aux réhospitalisations[17], à

la dépression et aux comportements suicidaires [18], à la violence [19], à l'incarcération [20], à l'incapacité à gérer son budget [21], à l'itinérance [22], à la non-adhésion aux médicaments et autres traitements [23], à une vulnérabilité accrue au SIDA et à un taux élevé (20 %) d'hépatite C [24], à une satisfaction plus faible avec les relations familiales [25], et finalement à une utilisation accrue des services et une augmentation des coûts [26, 27].

De plus, on a noté des niveaux de risque semblables à ceux que l'on retrouve parmi la population qui n'a pas d'antécédent d'alcoolisme toxicomanie chez les personnes qui ont cessé de consommer [28]. Ceci suggère donc qu'une intervention qui réussit à aider ces personnes à maîtriser leur consommation pourrait avoir un grand nombre d'effets bénéfiques, d'abord pour les personnes elles-mêmes ainsi que leur réseau familial et social, mais aussi pour les coûts des services de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie.

1.2.6 Approches au traitement

Plusieurs études effectuées au cours des dernières décennies ont permis de clarifier les éléments clefs d'une approche efficace pour aider les personnes aux prises avec cette double problématique. (Pour des synthèses récentes, voir [12, 29], d'où sont tirées les conclusions qui suivent.) On reconnaît maintenant que l'approche traditionnelle du recours à des systèmes de traitement séparés est inefficace. Souvent les patients à double problématique se retrouvent pris entre deux chaises, rejetés du réseau psychiatrique à cause de leur toxicomanie, et rejetés du réseau toxicomanie à cause de leur maladie mentale. Le traitement en parallèle est inefficace lui aussi, le client devant dans bien des cas composer avec des interprétations différentes de sa maladie, et des recommandations différentes.

Il est maintenant clair que la maladie mentale et l'alcoolisme/toxicomanie sont deux troubles inter-reliés, chacun contribuant au maintien et à l'évolution de l'autre. La documentation scientifique actuelle préconise donc un traitement intégré : dans lequel des spécialistes formés au traitement intégré de la maladie mentale et de l'alcoolisme/toxicomanie, oeuvrant ensemble au sein d'une même équipe clinique, interviennent au niveau des deux problématiques à la fois. Ce traitement intégré doit être fourni sur une base externe et à long terme. Le traitement intensif en milieu résidentiel, pendant plusieurs semaines ou quelques mois, même intégré, ne semble avoir pratiquement aucune efficacité : les patients tendent à subir des rechutes peu après avoir quitté le milieu institutionnel [30, 31]. De plus, les données longitudinales dont nous disposons indiquent que les clients qui se rétablissent d'alcoolisme ou de toxicomanie de façon stable le font sur plusieurs mois ou des années en milieu de vie naturel [32].

Il existe des textes détaillés qui décrivent les aspects cliniques du traitement intégré [33]. Nous nous bornons ici à en résumer les éléments essentiels, tels que Drake et Mueser [12] les ont rassemblés :

- *Suivi dans la communauté par une équipe multidisciplinaire.* Des spécialistes en traitement pour troubles psychiatriques et en traitement pour alcoolisme et toxicomanie travaillent sur la même équipe et forgent une intervention conjointe qui intègre leurs expertises. Cette intervention inclut le suivi dans la communauté (*outreach)*, sans lequel la majorité des clients se désengagent du

traitement. L'importance de dispenser le traitement intégré dans le contexte d'une équipe de suivi intensif est appuyée par plusieurs études (voir [12]).

- *Monitorage étroit (close monitoring).* On fait référence ici à des mécanismes tels que la mise en fiducie d'une partie des revenus du client, la supervision de la prise de médicaments, les tests d'urine, le recours à des ordonnances de la cour, ainsi que des évaluations psychologiques régulières afin d'assurer un suivi de la consommation et de la symptomatologie. Ces mécanismes sont souvent utilisés par les équipes de suivi intensif qui font du traitement intégré, quoiqu'ils aient rarement fait l'objet d'études scientifiques. Ils sont parfois appliqués avec la collaboration du client, mais parfois aussi contre leur gré.

- *Le traitement pour alcoolisme et toxicomanie.* Étant donné que les clients sont peu motivés au départ, on se concentre pour commencer sur l'éducation, la réduction des méfaits, et l'augmentation de la motivation. Les techniques d'entrevue motivationnelle sont appropriées à ce stade : on aide le client à voir comment sa consommation nuit à l'atteinte de certains de ses propres buts (par exemple, l'argent dépensé sur l'alcool pourrait être utilisé à d'autres fins). Une fois que la motivation est renforcée et maintenue, on peut faire appel à une approche cognitivo-comportementale. Ces interventions peuvent être fournies individuellement, dans le contexte de groupes de clients, ou en impliquant des membres de famille. On peut aussi faire appel à des groupes tels Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes, une fois que le client s'esnt engagé dans la voie de l'abstinence, en s'assurant que les membres de l'équipe de suivi donnent au client un encadrement étroit. Les études effectuées à ce jour suggèrent que sans composante explicite de traitement pour alcoolisme et toxicomanie, les programmes de suivi intensif ont peu d'impact sur cette problématique [34, 35]. Nous ne faisons en fait que commencer à découvrir les composantes optimales du traitement intégré.

- *Réadaptation.* L'intégration au travail ou à l'éducation permet au client de se construire un environnement qui soutient l'abstinence au lieu de la miner.

- *Logement.* Les clients qui consomment de l'alcool ou des drogues se font souvent évincer de leurs logements et risquent alors de se retrouver dans des logements précaires qui induisent à la consommation. Les résultats de la recherche à ce jour donnent malheureusement très peu d'indices sur les meilleurs types de logement à offrir à cette clientèle.

- *Médicaments.* Il existe certaines indications que les antipsychotiques typiques peuvent précipiter ou aggraver l'alcoolisme ou la toxicomanie. En revanche deux études très récentes suggèrent que la clozapine pourrait réduire l'alcoolisme/toxicomanie (études non encore publiées, citées dans [12]).

Une étude particulièrement rigoureuse indique qu'un traitement intégré qui suit ces principes peut donner des résultats impressionnants. Avec un échantillon de 203 patients au New Hampshire, près de la moitié des clients alcooliques, et environ 40 % des clients

toxicomanes, ont cessé de consommer de l'alcool ou des drogues en l'espace de 3 ans [36]. À partir des données relevées dans le cadre de cette étude, on a également conclu que les équipes de suivi intensif qui étaient plus fidèles au modèle ACT obtenaient de meilleurs résultats sur le plan de la consommation d'alcool et de drogues [37].

1.2.7 Contexte immédiat du projet

Lorsque ce projet a été initié, en 1998, il n'existait aucun programme de suivi intensif au Québec, et très peu ailleurs au Canada, qui étaient en mesure d'offrir un traitement intégré pour maladie mentale grave et alcoolisme/toxicomanie. (Il existait cependant des programmes dédiés au traitement de personnes atteintes à la fois de troubles mentaux et d'alcoolisme/toxicomanie, mais ces programmes ne comportaient pas de suivi dans la communauté de patients avec troubles mentaux graves.)

Le présent rapport décrit la première tentative de développer un service de traitement intégré de cette nature au Québec, conforme aux principes énoncés dans la section précédente. La subvention du Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé a permis : d'engager, pour une équipe de suivi intensif dont la mission première est d'aider des personnes aux prises avec une maladie mentale grave, un spécialiste en toxicomanie; de lui donner, au moyen de stages aux États-Unis, une formation de pointe dans le domaine; et de donner à l'équipe entière des éléments de formation sur l'alcoolisme/toxicomanie, afin qu'ils soient tous sensibilisés à cette problématique importante. La subvention a aussi permis d'évaluer l'impact du programme de suivi intensif (appelé programme PACT, ou équipe PACT) sur les clients et sur les coûts. À partir d'une série d'entrevues d'informateurs-clefs, nous dressons un bilan de l'expérience, qui vise à en dégager des recommandations pertinentes à sa généralisation.

2. ACTIVITÉS EFFECTUÉES DANS LE CADRE DU PROJET

2.1 Développement d'une capacité à traiter les doubles diagnostics

Dans notre proposition initiale au Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé, nous avions prévu l'engagement pour la formation de l'équipe PACT du Douglas d'un spécialiste américain, du *Center for Community Change* à Burlington, Vermont, M. Henry Palmer. Malgré un engagement initial de sa part envers notre projet, nous avons éprouvé des difficultés considérables à organiser des activités de formation avec lui.

Nous avons alors décidé d'adopter une stratégie différente : engager un spécialiste québécois détenant une double expertise dans le traitement de la maladie mentale grave ainsi que de l'alcoolisme/toxicomanie, lui offrir une formation de pointe en traitement intégré en l'envoyant aux États-Unis, et prévoir une série de formations pour l'équipe entière. Plus précisément, nous avons entrepris les démarches suivantes :

- Engagement, en septembre 1998, de Gilbert Tremblay, un psychologue avec une double expérience du suivi dans la communauté de la clientèle ciblée, ainsi que du traitement, dans une population plus générale, de l'alcoolisme et

de l'alcoolisme/toxicomanie. La subvention a couvert son salaire jusqu'à la fin de 1998, l'hôpital l'assumant à partir du 1er janvier 1999;

- Financement d'un stage de trois semaines, en novembre 1998, effectué par Gilbert Tremblay au Rhode Island auprès de 5 équipes ACT qui s'occupent de clientèles à double problématique;
- Financement d'une formation supplémentaire de 2 jours au New Hampshire pour Gilbert Tremblay, en août 1999;
- Formation continue de l'équipe entière au moyen de plusieurs sessions d'une demi-journée, données par le professeur Juan Carlos Negrete, de l'Université McGill. Le Dr Negrete était également disponible pour consultation auprès de Gilbert Tremblay et conseillait l'équipe, entre autres, sur les procédures de dépistage de l'alcoolisme/toxicomanie dans la clientèle;
- Formation de l'équipe entière à la technique de l'entrevue motivationnelle (*motivational interviewing),* par le Dr Thomas Brown, un spécialiste dans le traitement de l'alcoolisme/toxicomanie du centre de recherche de l'Hôpital Douglas et du pavillon Foster.

2.2 Évaluation des effets du programme sur la clientèle

Le second objectif principal du projet était d'évaluer les effets du programme sur les clients, particulièrement ceux atteints de la double problématique alcoolisme/toxicomanie.

2.2.1 Devis

Nous avons proposé, dès le départ, l'évaluation non seulement de l'impact de l'intervention pour doter l'équipe PACT du Douglas de la capacité à traiter les clients à double problématique, mais aussi de l'impact du programme PACT en général.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur un devis avant-après : c'est-à-dire, que nous avons comparé diverses mesures prises au moment de l'admission d'un client au programme avec des mesures prises après. Nous avions envisagé un devis randomisé, mais l'avons écarté pour des raisons éthiques: un tel devis nous aurait obligé à écarter du traitement PACT des clients pour lesquels un tel traitement était particulièrement indiqué.

2.2.2 Données obtenues

Le Tableau 1 montre l'ensemble des mesures quantitatives que nous avons obtenues dans le cadre de ce projet. Plusieurs des instruments ont été soit traduits en français, soit développés, spécifiquement pour ce projet, avec l'appui du FASS. Plus précisément, les instruments suivants: BASIS-32, MCAS, AUS, DUS, SATS et DALI ont été traduits, en utilisant la procédure de rétro-traduction de la première traduction par une traductrice professionnelle, et révision de la première traduction suite à une comparaison de la rétro-traduction avec l'original anglais. Nous avons également, en utilisant la même méthode, révisé une traduction antérieure de l'instrument *Making Decisions.* Parmi ces instruments, le BASIS-32, la version canadienne de l'échelle de qualité de vie Wisconsin (CaW-QLI) et le CSQ-8 sont disponibles sur le site Web de l'axe services du réseau de la santé mentale du

Québec, à l'adresse : www.RSMQ.qc.ca/fr/f_ressources_communes.htm. En outre, un article sur la validation du MCAS a été soumis à la revue *Santé mentale au Québec*.

Pour le questionnaire Brief Psychiatric Rating Scale, nous avons utilisé la version à 24 items développée par Dr Joseph Ventura et ses collègues à l'Université de Californie à Los Angeles. Les intervieweures ont subi une série de formations et de mises à niveau à l'Hôpital Douglas, à l'aide de vidéos d'entrevues achetés du Dr Ventura et son groupe.[2]

Pour l'évaluation de l'impact économique, nous avons adapté et complété des instruments qui proviennent du *Toolkit for the Evaluation of Psychosocial Outcomes*, de la International Association for PsychoSocial Rehabilitation (IAPSR). Un des instruments demande à l'intervenant de rapporter, *pour les six mois précédents*, en particulier: (1) l'utilisation de services hospitaliers ou d'urgences, y compris en dehors de l'hôpital Douglas; (2) les résidences dans lesquelles le client a habité. Un instrument connexe demande au client de rapporter son utilisation au cours des *30 derniers jours* de diverses ressources: hôpitaux de jour (de l'Hôpital Douglas), CLSC, organismes communautaires, etc. Nous avions jugé improbable que les patients puissent se souvenir avec le moindrement de précision du nombre de fois qu'ils avaient été à un organisme communautaire, ou autre activité relativement anodine, sur une période de six mois (Tableau 1).

Toutes ces données ont été obtenues seulement pour les clients qui ont signifié leur intérêt à participer à l'étude en signant un formulaire de consentement. Pour ces mêmes clients, nous avons aussi obtenu des données sur les coûts des services médicaux et des médicaments facturés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Pour l'ensemble de la clientèle, nous avons pu obtenir des données démographiques de base (âge, sexe, diagnostic) ainsi que sur leur utilisation de certains services hospitaliers : hospitalisations, urgences, cliniques externes, et service de réadaptation. Ces données ont été obtenues du service des archives de l'hôpital.

En outre, nous avons aussi développé un outil pour enregistrer et décrire les activités de l'équipe, la « feuille-contact », ainsi qu'un manuel d'utilisation. Cette feuille, et le manuel d'utilisation, sont le fruit d'un travail interactif entre des membres de l'équipe PACT et des membres de notre équipe de recherche. Elle est bien acceptée par les intervenants. Un exemplaire de cette feuille, ainsi que du guide d'utilisation qui l'accompagne, peuvent être obtenus des auteurs.

Tous les instruments, sauf l'instrument de mesure de la qualité de vie, ont été formattés pour saisie automatisée par lecteur optique. Ceci a été effectué grâce au logiciel Teleform. Nous avons aidé d'autres sites au Québec, notamment le Centre de recherche Fernand Séguin et l'hôpital Pierre-Janet à Hull, à se doter eux aussi de cette technologie.

---

[2] Les évaluations d'accord inter-juges que nous avons obtenues lors des premières séances de formation ont été tout-à-fait satisfaisantes. Dans une analyse à venir, nous comptons faire une mise à jour de ces calculs d'accords inter-juges, qui sont effectués par le groupe de UCLA. Mentionnons aussi que cette procédure de mesure d'accord inter-juges est limitée par le fait que nous n'avons pas évalué les scores obtenus en situation d'entrevue (au lieu d'écoute de vidéos). Il est toutefois impossible dans cette situation de s'assurer d'une concordance avec les juges de UCLA, ce que nous faisons avec les vidéos (qui viennent de Californie et ont été évalués par un panel de là-bas).

2.2.3 Analyse

2.2.3.1 Analyse économique

Perspectives de l'analyse. L'analyse économique a été effectuée à partir de deux perspectives: celle de l'hôpital Douglas, et celle du réseau de santé et de services sociaux. Du point de vue de l'hôpital Douglas, seuls importent les coûts assumés par l'hôpital lui-même, y compris le coût du programme PACT. Tous ces coûts demeurent pertinents du point de vue du réseau; mais il faut aussi selon cette perspective tenir des coûts suivants: (1) services hospitaliers dispensés à d'autres hôpitaux, CLSC, et ressources non-hospitalières diverses; (2) ensemble des services résidentiels; (3) produits pharmaceutiques dispensés en dehors de l'hôpital; (4) services médicaux. L'intérêt de la perspective du réseau, du point de vue du FASS, est évidente. La perspective de l'hôpital est intéressante aussi, toutefois, en ce qu'elle révèle les incitatifs économiques auxquels fait face un hôpital confronté à la décision de constituer ou non une équipe de suivi intensif.

Estimation de l'impact du programme de suivi intensif en équipe sur les ressources utilisées – perspective de l'hôpital. Deux méthodes différentes ont été utilisées pour estimer les effets du programme de suivi intensif sur l'utilisation de ressources de l'hôpital Douglas. Ces méthodes diffèrent selon les données disponibles. Pour les données obtenues des archives de l'hôpital (hospitalisations, visites à l'urgence, visites à des services externes), nous avions trois années de données pré-admission pour chaque client. Afin de tenir compte du phénomène de régression vers la moyenne, nous avons exclu de la comparaison l'année précédant l'admission. En effet, les patients tendaient à être référés au programme lorsqu'ils étaient hospitalisés plus de jours que la moyenne, ce qui tendrait à fausser les comparaisons. Pour les autres services hospitaliers (hôpitaux de jour, centres de jour, ressources résidentielles), nous n'avions, pour la période avant l'admission au programme, que des estimés de l'utilisation dans les six mois précédant l'admission.

Estimation de l'impact du programme de suivi intensif en équipe sur les ressources utilisées – perspective du réseau. L'adoption de la perspective du réseau nous oblige à tenir compte des coûts additionnels suivants: (1) les services dispensés par d'autres hôpitaux et ressources communautaires, y compris des ressources d'hébergement; (2) les services médicaux, qui sont facturés à la RAMQ; et (3) les produits pharmaceutiques achetés en dehors de l'hôpital, également facturés à la RAMQ.

Calcul des coûts unitaires. Pour l'analyse du point de vue de l'hôpital, nous avons utilisé des coûts directs. Pour l'analyse du point de vue du réseau, nous avons calculé les coûts unitaires en incorporant les coûts indirects ainsi qu'un montant pour représenter le coût d'opportunité du terrain et des bâtiments. Les coûts unitaires pour les services de l'Hôpital Douglas ont été calculés au moyen d'une approche de type «step-down», semblable à celle utilisée dans un travail antérieur du chercheur principal [5, 38]. Les coûts unitaires des services d'organismes communautaires, y compris des services résidentiels, ont été estimés à partir de leurs rapports financiers. Les coûts de services médicaux et de médicaments achetés à l'externe ont été estimés à partir de données de la RAMQ.

Tableau 1. Données quantitatives : instruments, sources et intervalles ou périodes de collecte des données

Variables	Mesure	Source[a]	À l'entrée	À 6, 12, 18 et 24 mois	Précisions
Données sur les clients					
Âge, sexe, diagnostic	Le diagnostic principal, tel que rapporté dans les dossiers de l'Hôpital Douglas	DH	✔		
Symptômes	Brief Psychiatric Rating Scale [39]	C-IVR[b]	✔	✔	
Comportements et symptômes	Behavior and Symptom Identification Scale –32 (BASIS-32) [40]	C	✔	✔	
Niveau de fonctionnement	Multnomah Community Ability Scale (MCAS)[41] [42]	IVT	✔	✔	
Consommation d'alcool et de drogues	Questions tirées de l'enquête Santé-Québec	C	✔	✔	
	Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), Substance Abuse Treatment Scale (SATS) [43]	IVT	✔	✔	
	Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI)	C	✔		
Qualité de vie	Wisconsin quality-of-life scale (version Canadienne) [44] [45]	C	✔	✔	
Satisfaction par rapport aux services	Version modifiée du Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8 (CSQ-8 plus deux questions semi-ouvertes) [46, 47]	C	✔	✔	
Appropriation de pouvoir (*empowerment)*	*Making Decisions [48]*	C	✔	✔	
Utilisation des ressources	Services de l'Hôpital Douglas (Jours d'hospitalisation, visites à l'urgence, visites à la clinique externe)	DH			Pour les 3 ans précédant l'admission au programme et autant de mois que possible après, jusqu'au 31 déc. 2000
	Autres services obtenus de l'Hôpital Douglas, d'organismes communautaires, de CLSC	C	✔	✔	On demande l'utilisation dans les 30 jours précédant l'entrevue pour certaines mesures, 6 mois pour d'autres
	Services médicaux et médicaments	RAMQ			Utilisation (et coûts) de services médicaux facturés à l'acte et de médicaments assurés par la RAMQ du 1er janvier 1993 au 30 septembre 2000.
	Résidences occupées, hospitalisations et urgences à d'autres hôpitaux, revenus, contacts avec les services judiciaires, sources de revenu	IVT	✔	✔	Pour les 6 mois précédant l'entrevue
Données sur les contacts effectués par les intervenants					
Contacts	Personne(s) impliquée(s), lieu, durée, nature, sujet (instrument développé dans le cadre de l'étude)	IVT			Feuille remplie après chaque contact

[a] DH : dossiers de l'Hôpital Douglas; IVT : intervenant de l'équipe PACT; IVR : interviewer; C : client; RAMQ : Régie d'Assurance-Maladie du Québec.
[b] Cette mesure se fait au moyen d'une cotation par l'interviewer. Les interviewers ont subi une formation spécifique, avec comparaison de leurs cotations pour calcul de fiabilité inter-juges.

2.2.3.2 Analyse des effets sur les échelles autres que celles concernant l'alcool et les drogues

Les données quantitatives sur la plupart des échelles et sous-échelles ont été analysées statistiquement à l'aide de modèles à effets mixtes, estimés à l'aide du logiciel SAS (Proc Mixed). Cette approche a l'avantage de pouvoir tenir compte de toutes les données obtenues, même par exemple une mesure à un seul temps pour un individu. Elle estime s'il existe une relation entre le temps et la variable dépendante, sans présupposer d'une forme particulière pour cette relation : elle compare les niveaux de la variable dépendante observés à chaque temps entre eux. Chacune de ces comparaisons fait usage de l'ensemble des données disponibles. Nous avons examiné l'évolution des scores dans le temps sans autre information ainsi qu'en présence de 4 variables d'ajustement : l'âge, le sexe, le diagnostic principal (regroupé en trouble du spectre de la schizophrénie ou trouble affectif) et le nombre total de jours d'hospitalisation dans les 3 années précédant l'admission au programme. Toutes ces analyses ont été effectuées au *New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre* (voir section 2.4).

2.2.3.3 Analyse des effets sur la consommation d'alcool et de drogues, et le stade d'engagement au traitement

Seulement quelques individus de notre échantillon ont été identifiés comme étant consommateurs d'alcool ou de drogues. Leur nombre nous a semblé trop petit pour justifier une analyse comportant des tests statistiques. Des analyses descriptives à propos de ces données, ainsi que plusieurs autres analyses descriptives, ont été effectuées au Centre de recherche de l'hôpital Douglas, à l'aide du logiciel statistique SPSS.

.

2.3 Méthode utilisée pour dresser un bilan des efforts pour développer une capacité à aider la clientèle à double problématique

Les résultats des recherches effectuées ailleurs indiquent déjà clairement que le traitement intégré tel que nous l'avons décrit ici est plus efficace que les alternatives évaluées jusqu'à maintenant. Toutefois, comme on l'a déjà indiqué, il existe encore très peu d'endroits au Canada (et, à notre connaissance, aucun autre au Québec) où une équipe de suivi intensif a cherché à se doter d'une capacité à traiter de façon efficace les personnes à double diagnostic. Il nous a donc semblé utile de décrire l'expérience d'implantation de cette capacité dans l'équipe à ce jour.

Pour ce faire nous avons interviewé plusieurs des personnes-clefs impliquées dans le processus : M. Claude Descombes, initialement intervenant de l'équipe, puis, à partir de juillet 2000, son coordonnateur; Dr James Farquhar, le psychiatre de l'équipe; le Dr. Juan Carlos Negrete, professeur au département de psychiatrie de l'Université McGill, qui a été engagé pour contribuer à la formation de l'équipe dans le domaine; Mme Deborah Thomson, coordonnatrice de l'équipe jusqu'à son départ en juin 2000; M. Gilbert Tremblay, le spécialiste en toxicomanie que la subvention du FASS a permis d'engager; Mme Cenya Cence, anciennement stagiaire en alcoolisme/toxicomanie et maintenant remplaçante de Gilbert Tremblay. Par ailleurs, nous avons également rencontré un client de l'équipe PACT

qui a été un des bénéficiaires de l'intervention de l'équipe au niveau de l'alcoolisme/ toxicomanie.

2.4 Participants, partenaires et collaborateurs

Ce projet a été réalisé principalement avec la participation de l'équipe PACT de l'hôpital Douglas. Le soutien de l'administration de l'hôpital Douglas, notamment en ayant accepté de couvrir le salaire de M. Gilbert Tremblay à partir de janvier 1999, a été essentiel. Il faut aussi reconnaître le soutien du Centre de Recherche de l'hôpital Douglas, qui a contribué de façon importante, avec le Fonds de la Recherche en Santé du Québec, à couvrir le salaire du chercheur principal.

Plusieurs experts ont contribué à soutenir le projet : le Dr Juan Carlos Negrete, déjà mentionné, un expert de calibre international sur la double problématique maladie mentale et alcoolisme/toxicomanie; Dr Jacques Tremblay, un médecin basé à l'Hôpital Douglas, spécialisé dans le traitement de cette population; Dr Thomas Brown, un psychologue spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, avec une expertise particulière dans la technique d'entrevue motivationnelle.

L'exécution de la composante évaluation du projet a requis l'aide de plusieurs personnes additionnelles : Helen Cunningham, M.S., qui a énormément contribué à la gestion et à la préparation des données; Andrea Martin, B.A., qui après avoir été intervieweure a assumé le rôle de coordonnatrice du projet après le départ en formation post-doctorale de Dre Anne Crocker; Youcef Ouadahi, MBA, agent de recherche en évaluation économique, qui a compilé les données sur l'utilisation des ressources et fait le calcul des coûts unitaires; Suzanne Larue, infirmière, qui a effectué la première série d'entrevues; Geneviève Raymond, intervieweure; et Jonathan Santo, qui a fait l'entrée de données au moyen du logiciel *Teleform*.

Finalement, tel que mentionné à la section 2.2.3, nous avons également bénéficié, pour l'analyse statistique, de la collaboration des Drs Haiyi Xie et Gregory McHugo, du *New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre*, à l'Université Dartmouth.

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des sujets à l'entrée et prévalence de l'alcoolisme/toxicomanie

Le Tableau 2 décrit les caractéristiques démographiques des sujets à l'entrée dans l'étude, distinguant entre les sujets qui ont donné leur consentement à participer à l'étude, et ceux qui ne l'ont pas fait. On voit que ceux qui ont donné leur consentement semblent être en moyenne un peu moins affectés par la maladie que les autres : une plus grande proportion ont des troubles bipolaires, et ils ont moins de jours d'hospitalisation en moyenne dans les trois années précédant leur admission au programme.

Le Tableau 3 présente les différentes données dont nous disposions pour établir les caractéristiques de consommation d'alcool et de drogues des sujets qui ont consenti à

participer à l'étude, lors de leur première entrevue (41 sujets sur 71, soit 58 %).[3] On y mesure une prévalence de consommation d'alcool ou de drogues dans le dernier mois, telle que rapportée par les clients eux-mêmes, de 32 %. Seulement deux clients interviewés sur les 13 qui avaient admis consommer de l'alcool *ou* des drogues dans le dernier mois admettaient avoir consommé les deux. On note, comme on s'y attendrait, que la cannabis est de loin la drogue la plus souvent consommée.

Les évaluations des intervenants, sur les six derniers mois, donnent de plus haut pourcentages : 34 % qui consommaient de l'alcool, et 20 % des drogues. Toutefois, les intervenants jugeaient que seulement 10 % des clients consommaient de l'alcool d'une façon abusive, et 10 % les drogues. Environ 20 % des clients cependant étaient évalués comme ayant besoin d'intervention au niveau de l'alcool et 20 % au niveau des drogues; 14 % comme ayant un problème d'abus ou de dépendance par rapport à l'un ou l'autre. Ces résultats suggèrent une prévalence d'alcoolisme/toxicomanie dans l'échantillon plus faible que ce que l'on retrouve en général dans la documentation scientifique (i.e., 25 à 35 % – section 1.2.3). Toutefois, il est possible sinon probable que les intervenants, qui au départ étaient peu formés à la détection de ces troubles, aient sous-estimé et la présence de consommation et ses effets négatifs. Si, comme on l'a vu, seule une très petite minorité de clients peuvent consommer à long terme sans effets négatifs, le 32 % qui avouent consommer de l'alcool ou des drogues dans le dernier mois est peut-être un meilleur indicateur de la prévalence d'alcoolisme/toxicomanie. Cette mesure correspondrait alors à ce que l'on observe habituellement.

Notons finalement que l'ambiguïté qui demeure dans l'estimation de la prévalence d'alcoolisme/toxicomanie dans notre échantillon reflète une difficulté de mesure inhérente. On recommande l'utilisation de tests d'urine, les entrevues auprès de tiers qui connaissent le client, et l'examen clinique, en plus de questionnaires administrés au client, pour une détection aussi sensible que possible de l'alcoolisme/toxicomanie [49].

[3] Le programme de suivi intensif a démarré en septembre 1997, tandis que nous n'avons pu commencer à collecter des données qu'en avril 1998. Ainsi, pour plusieurs clients, le premier temps de mesure se situait plusieurs mois après leur entrée dans le programme.

Tableau 2. Caractéristiques des clients au moment de l'entrée dans l'étude

	Ensemble des clients de l'équipe PACT (N=71)	Clients ayant participé aux entrevues (N=41)	Clients ayant refusé de participer aux entrevues (N=30)
Proportion de femmes	41 %	40 %	42 %
Âge moyen (ans)	42	41	43
Proportion avec diagnostic de schizophrénie	80 %	73 %	94 %
Proportion avec diagnostic de trouble affectif	13 %	25 %	0 % **
Nombre moyen de jours d'hospitalisation dans les 3 années précédant l'admission au programme	113	101	129 ***
Nombre moyen de visites à l'urgence pas année dans les 3 années précédant l'admission	2,4	2,6	2,1

** : différence significative à un seuil de 0,01
***: différence significative à un seuil de 0,001

Tableau 3. Utilisation d’alcool et de drogues lors de la première entrevue

Utilisation rapportée par le client : % répondant «Oui» (N), sur 41 sujets			
	Au cours de la vie	*6 derniers mois*	*Dernier mois*
Utilisation d’alcool **ou** de drogues	68.3 (28)	-	31.7 (13)
Utilisation d’alcool	56.1 (23)	-	17.1 (7)
Utilisation de drogues			
Marijuana	46.3 (19)	22 (9)	9.8 (4)
Amphétamines	19.5 (8)	4.9 (2)	0 (0)
Cocaïne	29.3 (12)	2.4 (1)	0 (0)
Héroïne	9.8 (4)	2.4 (1)	0 (0)
Drogues à base d’opium	9.8 (4)	0 (0)	0 (0)
Psychédéliques	22 (9)	0 (0)	0 (0)
Barbituriques etc.	9.8 (4)	2.4 (1)	4.9 (2)
Tranquillisants etc.	9.8 (4)	4.9 (2)	2.4 (1)
Autre non-prescrits	2.4 (1)	2.4 (1)	2.4 (1)
Utilisation rapportée par l’intervenant (6 derniers mois), première entrevue: % (N)			
Consommation d’alcool (AUS)	Abstinent Consommation sans effets nuisibles Abus	65.9 % (27) 24.4 (10) 9.8 (4)	
Consommation de drogues (DUS)	Abstinent Consommation sans effets nuisibles Abus Dépendance	80 %(32) 10 (4) 7.5 (3) 2.5 (1)	
Consommation d’alcool *ou* de drogues	% avec problèmes d’abus ou dépendance	14.3 (6)	
Échelle du stade du client par rapport à la consommation (Substance Abuse Treatment Scale – SATS) : Alcool	Ne s’applique pas Pré-engagement Engagement Début de la persuasion Traitement actif avancé En rémission/en rétablissement	66.7 (28) 9.5 (4) 4.8 (2) 4.8 (2) 2.4 (1) 11.9 (5)	
Substance Abuse Treatment Scale (SATS) : Drogues	Ne s’applique pas Pré-engagement Engagement Début de la persuasion Prévention de la rechute En rémission/en rétablissement	59.5 (25) 9.5 (4) 7.1 (3) 2.4 (1) 2.4 (1) 19(8)	

3.2 Description des activités de l'équipe

Les figures 1 à 4 décrivent les activités de l'équipe PACT durant la période mai 1999 à février 2001. Elles reflètent la compilation d'environ 14 000 feuilles-contact complétées par les intervenants durant cette période. On y voit que : (1) la très grande majorité des contacts ont lieu avec le client, à son domicile; (2) la livraison et surveillance de la prise des médicaments, et autres activités reliées aux médicaments, constituent, avec la discussion, les activités dominantes de l'équipe; (3) les médicaments constituent de loin le sujet de contact le plus souvent coché. Ce profil correspond environ à ce à quoi on s'attendrait d'une équipe de suivi intensif.

En l'absence de normes, il est difficile d'interpréter l'absence relative de contacts pour lesquels l'alcool/drogues est signalé comme sujet. Étant donné la prévalence non négligeable d'alcoolisme/toxicomanie relevée à la section précédente, on s'attendrait peut-être à ce que, si le traitement était plus présent, on observerait une plus grande proportion de tels contacts.

Notons finalement que l'équipe suit de près le modèle américain ACT. Pour ce faire, l'équipe a engagé une consultante américaine renommée, Mme Gloria Mazza, pour donner à l'équipe une formation initiale, suivie de visites environ une fois par année pour évaluer les progrès de l'équipe et lui proposer des recommandations. En avril 2000, nous avons utilisé l'échelle de fidélité de Dartmouth (*Dartmouth ACT fidelity scale*) pour évaluer à quel point l'équipe suit le modèle de près [9]. Les scores ont été obtenus d'une part en analysant les feuilles-contact (par exemple, nombre moyen de contacts par client par semaine, durée moyenne des contacts par semaine), et d'autre part en interviewant la coordonnatrice de l'équipe ainsi que, pour les questions portant sur le traitement pour l'alcoolisme/toxicomanie, M. Gilbert Tremblay. Le Tableau 4 indique les scores obtenus.

Tableau 4. Évaluation de la fidélité au modèle ACT de l'équipe PACT de l'Hôpital Douglas

Dimension	**Score moyen (Échelle 0 à 5)**
Composition du personnel	4,09
Relations entre l'équipe et son environnement	4,50
Services offerts	3,69
Mesure globale de fidélité	**4,04**

Figure 1. Lieux des contacts



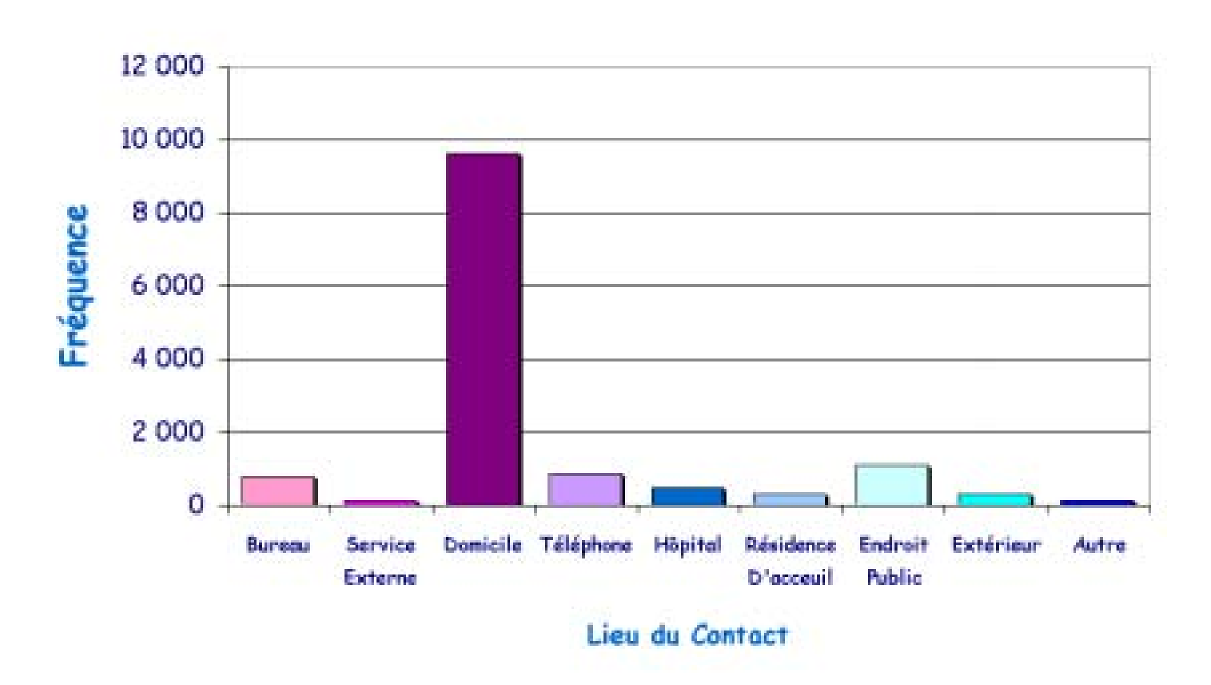


Figure 2. Personnes impliquées lors des contacts

Personnes impliquées lors du contact:
mai 1999-février 2001

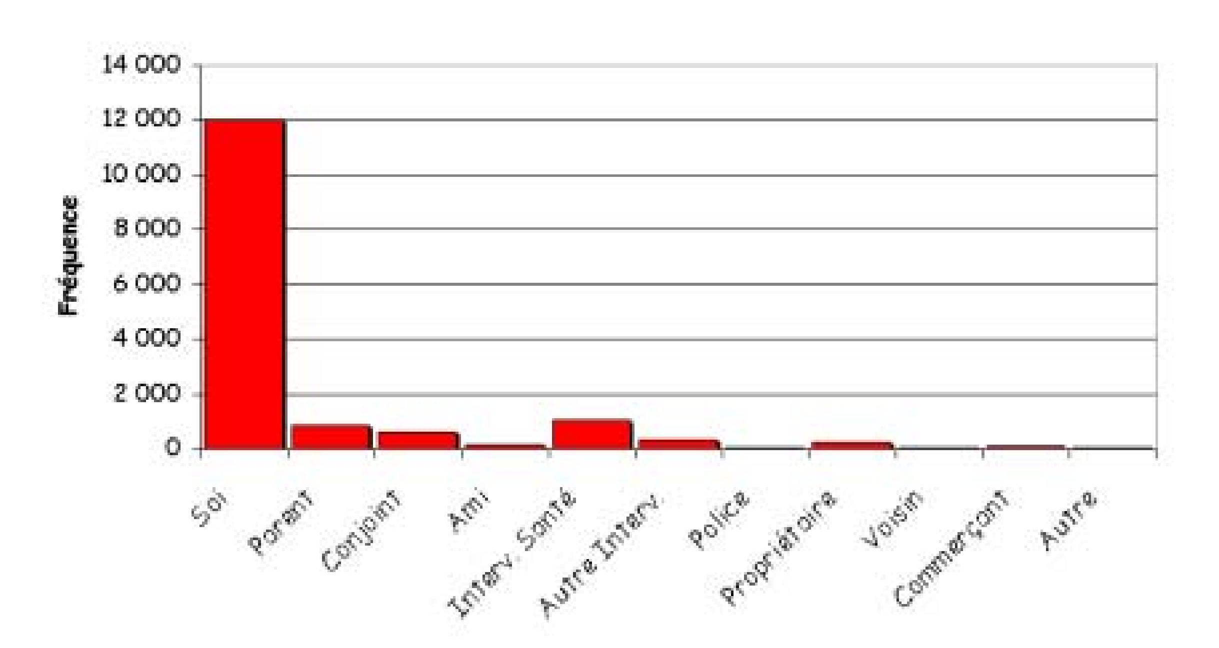


Figure 3. Nature des contacts



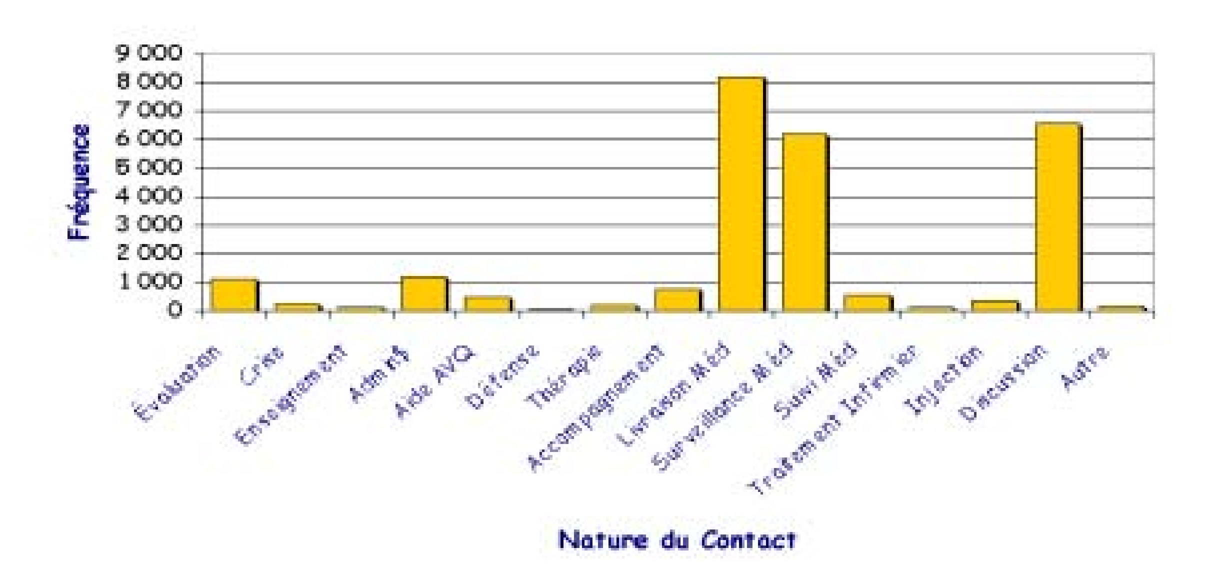
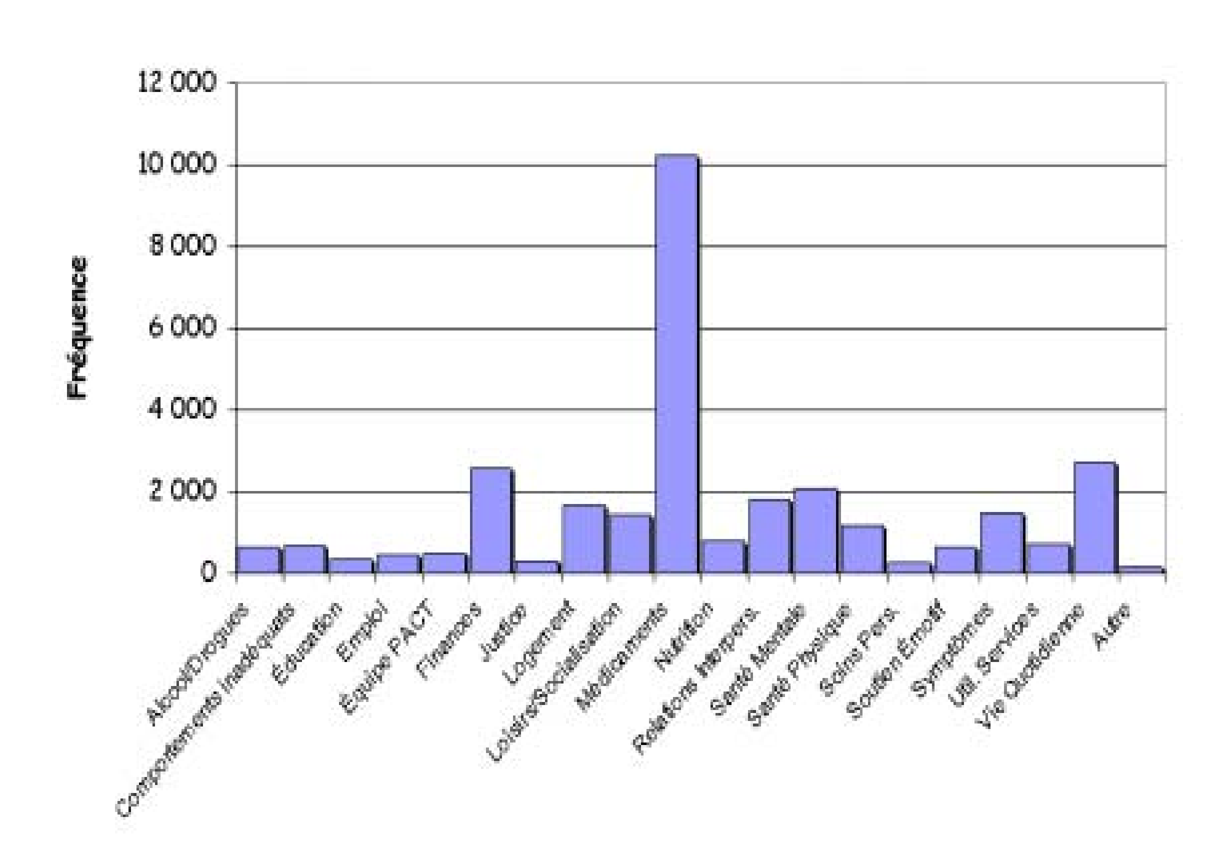


Figure 4. Sujets traités lors des contacts



Le score global de 4,04/5 est plus élevé que le score moyen de programmes américains évalués comme fidèles [9]. Ceci indique, incidemment, qu'il est tout-à-fait possible d'adopter le modèle ACT au Québec de façon à peu près intégrale. La présence sur l'équipe à ce moment-là d'un spécialiste en alcoolisme/toxicomanie qui cherchait à appliquer les méthodes de traitement intégré recommandées dans la littérature est un des facteurs qui a contribué au score élevé obtenu.[4]

3.3 Effets sur l'accès aux services

La collecte des données sur les contacts a commencé en mai 1999, plus de six mois après l'arrivée de Gilbert Tremblay sur l'équipe. La Figure 5 suggère que le pourcentage de contacts pour lesquels l'alcool ou les drogues était abordé a commencé à diminuer quelques mois après son départ, fin mai 2000. Étant donné que cette diminution n'a commencé que vers septembre, il est difficile de savoir dans quelle mesure elle peut être attribuée au départ de Gilbert Tremblay. Toutefois, l'arrivée de sa remplaçante, Cenya Cence, sur l'équipe, en février 2001, est associée à une augmentation sensible dans le pourcentage de contacts pour lesquels l'alcool ou les drogues sont apparus comme sujet. Ces observations suggèrent que le projet a été, dans l'ensemble, associé à une plus grande attention à la problématique alcool/drogues – et donc à un meilleur accès aux services de traitement pour cette problématique.

Notre collecte de données sur l'utilisation des ressources n'a noté pratiquement aucun recours à des services distincts pour alcool ou drogues. À prime abord, ceci pourrait sembler indiquer un manque d'accès à ces services. Toutefois, comme on l'a vu plus haut (section 1.2.6), dans le traitement intégré la référence à des groupes tels Alcooliques Anonymes ne se fait que pour les clients arrivés au stade de traitement actif – et ce, pas obligatoirement. Or, très peu de clients ont été identifiés comme en phase active de traitement (Tableau 3).

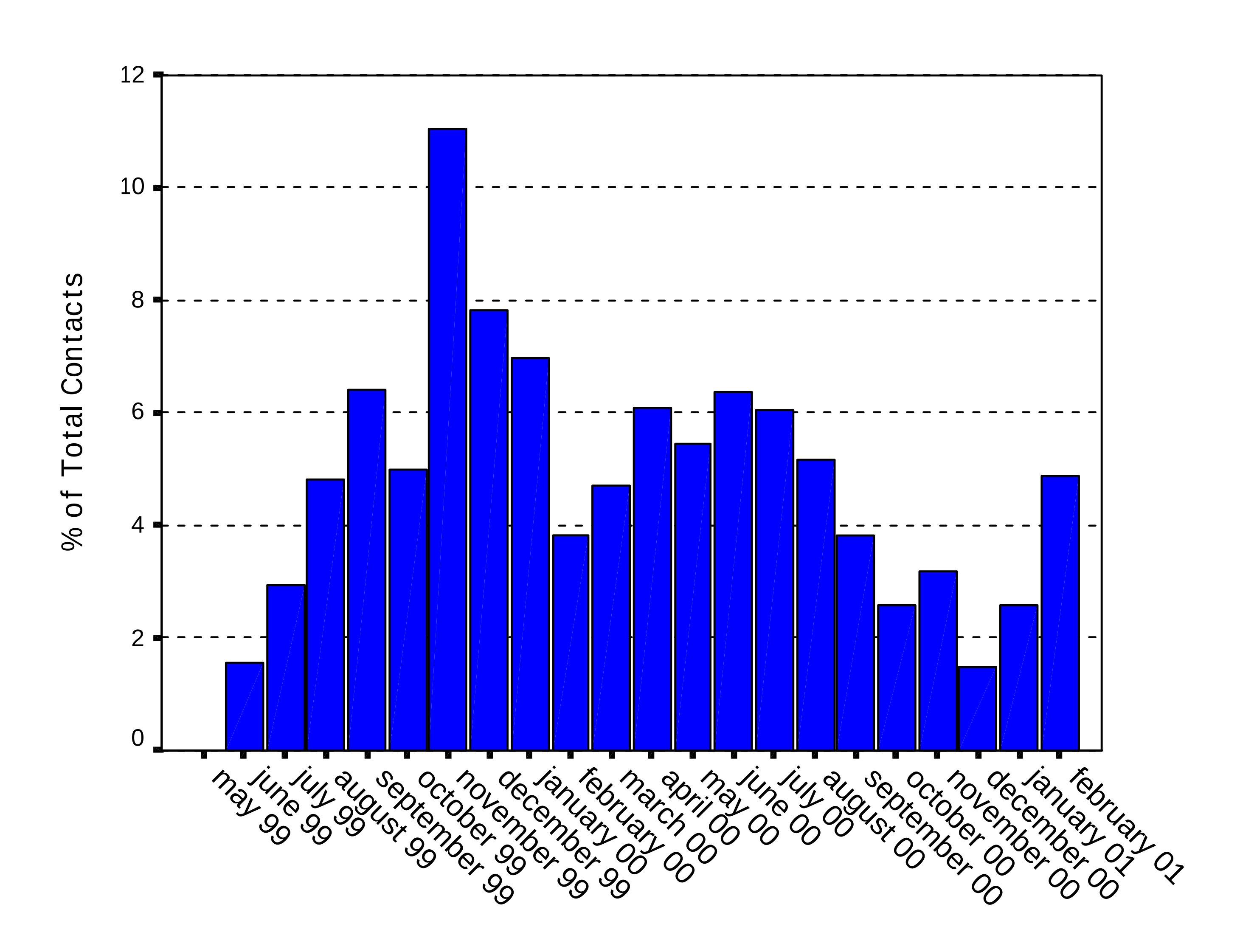
3.4 Intégration aux autres services

Comme nous venons de le souligner, les études évaluatives à ce jour indiquent que, pour obtenir une efficacité maximale, il faut que l'on intègre les traitements pour maladie mentale et pour alcoolisme/toxicomanie au niveau de l'équipe même. Il ne s'agit donc pas, en général, de renforcer les liens entre des entités cliniques différentes, par exemple, entre une équipe de suivi intensif et un programme dédié au traitement de l'alcoolisme/toxicomanie. Cette conclusion correspond d'ailleurs à d'autres semblables dans le domaine des services pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. Par exemple, on a trouvé que, pour faciliter la réintégration au travail, le mécanisme le plus efficace est de placer au sein d'une équipe de suivi intensif un spécialiste en intégration en

---

[4] Les facteurs principaux qui ont abaissé le score de l'équipe étaient: (1) les procédures de partage des responsabilités entre intervenants pour un client donné n'étaient pas encore pleinement intégrées au fonctionnement de l'équipe; (2) l'équipe n'incluait pas de spécialiste en intégration au travail; (3) le taux de roulement du personnel était élevé, pour plusieurs raisons; et finalement (4) l'équipe ne comptait pas parmi ses membres un usager de services de santé mentale. Depuis avril 2000 les procédures de partage des responsabilité entre intervenants ont été améliorées et un intervenant spécialisé en intégration au travail s'est joint à l'équipe.

Figure 5. Pourcentage des contacts effectués par l'équipe pour lesquels l'alcool/drogues a été indiqué comme un des sujets du contact, mai 1999 à février 2001



emploi [50, 51]. La coordination entre une équipe de suivi intensif, et un programme d'insertion au travail, est moins efficace. En accord avec ce principe, l'important ensemble d'études sur les effets de mécanismes d'intégration des services de santé mentale connu sous le nom de Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness [52], de même que l'étude ACCESS qui lui a succédé [53], indiquent clairement que les mécanismes d'intégration administrative entre des services cliniques différents ont très peu d'effet sur la clientèle atteinte de troubles mentaux graves.

3.5 Analyse économique

3.5.1 Perspective de l'hôpital Douglas

3.5.1.1 Programme de suivi intensif en équipe

La réduction des jours d'hospitalisation est l'effet le plus régulièrement observé des programmes de suivi intensif en équipe de type ACT [54, 55] [56]. La Figure 6, qui incorpore des données sur les jours d'hospitalisation à l'Hôpital Douglas de tous les patients de l'étude, montre que le programme PACT de l'Hôpital Douglas n'a pas fait exception à la règle.

On remarque aussi à la Figure 6 que le nombre de jours d'hospitalisation était plus élevé durant l'année précédant l'admission que durant les deux années antérieures. Ceci est attribuable au fait que c'était, dans bien des cas, pendant ou peu après une période d'hospitalisation qu'on référait les patients au programme PACT. Pour estimer la diminution dans le nombre de jours d'hospitalisation attribuable au programme de suivi intensif, nous avons alors comparé ces deux années antérieures aux années suivant l'admission. La stabilité relative du nombre de jours d'hospitalisation par mois durant ces deux premières années rend la moyenne durant cette période plausible comme mesure du niveau d'hospitalisation en l'absence du programme.

La Figure 7, construite selon la même méthode que la Figure 6, montre l'évolution dans le nombre de visites à l'urgence. On y voit une tendance nette à la diminution suite à l'admission au programme.

Nous montrons au Tableau 5 les niveaux annuels moyens d'utilisation de ces services hospitaliers, auxquels nous avons ajouté les consultations de professionnels dans le cadre de services externes.[5]

[5] Dans une analyse ultérieure, nous décomposerons ces données selon le type de service (clinique externe, etc.).

Figure 6: Nombre de jours d'hospitalisation à l'Hôpital Douglas: moyenne par mois pour tous les clients du programme

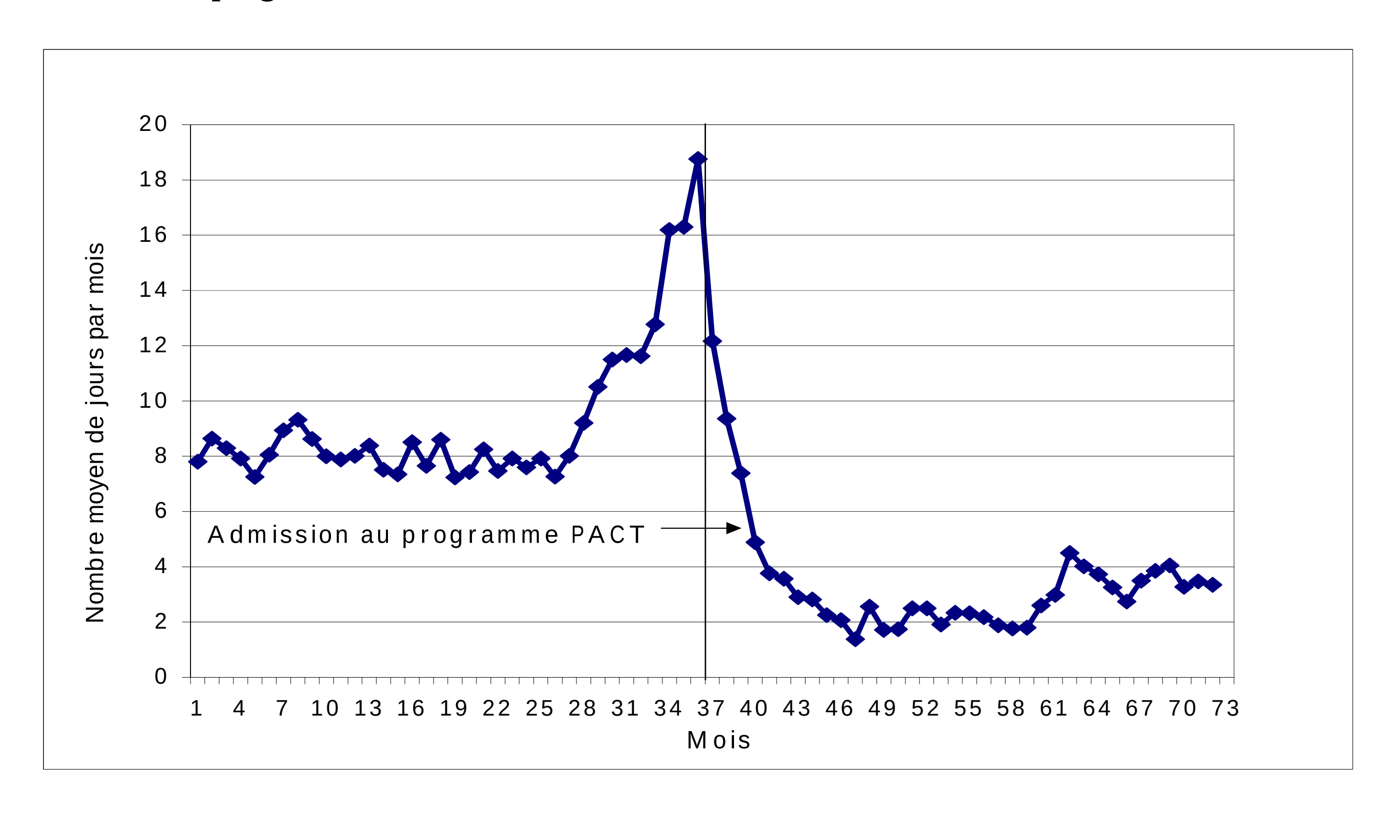


Figure 7. Nombre de visites à l'urgence de l'Hôpital Douglas: moyenne par mois pour tous les clients du programme

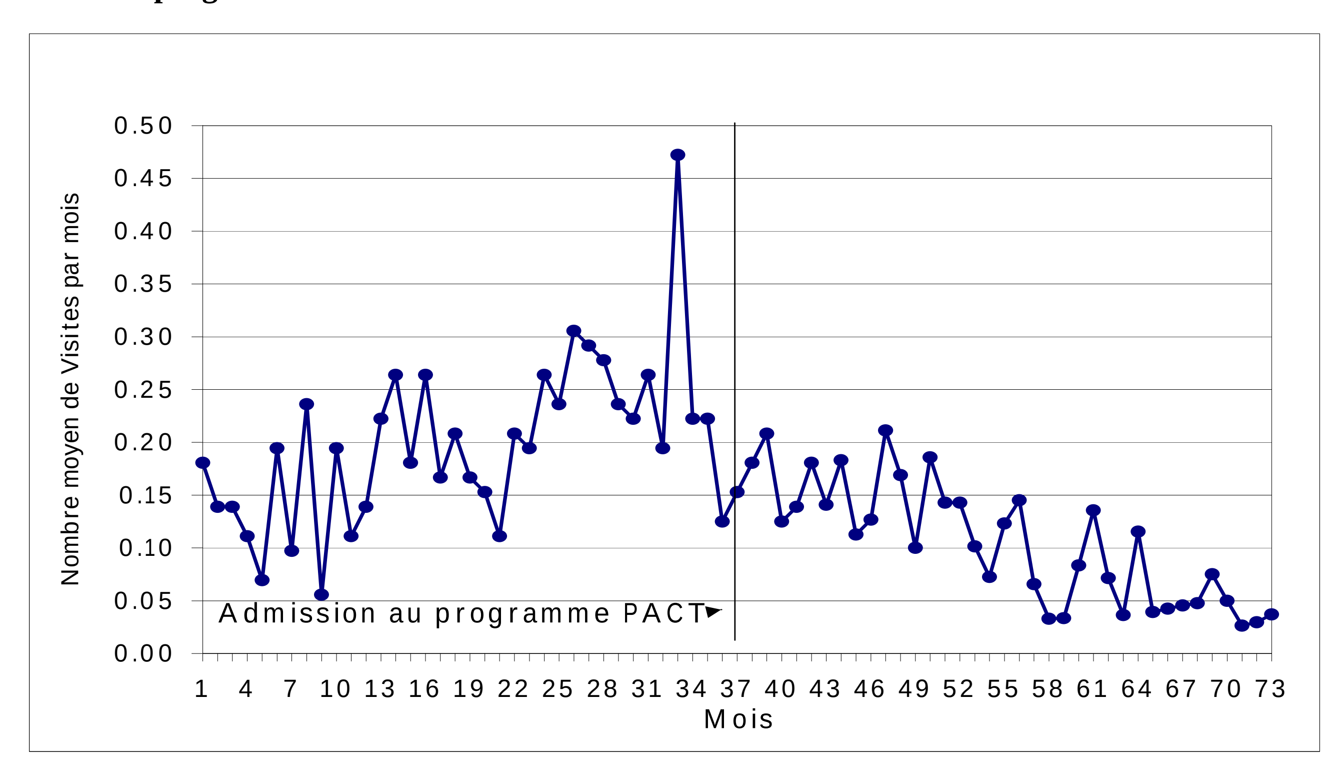


Tableau 5. Utilisation annuelle moyenne d'hospitalisations, de visites à l'urgence et de services externes à l'Hôpital Douglas

	Utilisation annuelle par client avant l'admission à PACT			Utilisation annuelle par client après l'admission à PACT		
	3 ans avant (N=72)	2 ans avant (N=72)	1 an avant (N=72)	1 an après (N=71)	2 ans aprés (N=66)	3 ans après (N=46)
Jours d'hospitalisation	98,75	93,92	141,75	55,70	25,51	42,40
Visites à l'urgence	1,67	2,40	3,07	1,94	1,26	0,74
Contacts avec services externes[a]	6,26	7,06	6,98	1,49	1,15	0,20

Note:

[a] Nous avons regroupé ici tous les contacts avec des professionnels à l'externe, y compris les cliniques externes, le suivi externe par le personnel du pavillon Durost et les contacts avec l'équipe des services résidentiels; les programmes et hôpitaux de jour sont exclus. (Voir note 6)

La Figure 8 compare l'évolution des jours d'hospitalisation des 44 clients qui ont accepté de se faire interviewer, à un ou à plusieurs temps de mesure, avec celle des 28 qui ont refusé. On peut y voir que les clients qui ont accepté de se faire interviewer tendaient à avoir moins de jours d'hospitalisation avant leur admission que ceux qui ont refusé. On voit aussi, cependant, que les deux groupes de clients ont vu leurs jours d'hospitalisation chuter de façon assez semblable suite à leur admission au programme. Ceci suggère que les données obtenues à partir d'entrevues sont représentatives, dans une certaine mesure, des données que nous aurions pu obtenir de ceux que nous n'avons pu interviewer.

Tableau 6. Utilisation de programmes de jour divers, telle que rapportée par les clients

	Nombre moyen de contacts dans les 30 jours précédents				
	À l'admission (N=27)	6 mois après l'admission (N=36)	12 mois après l'admission (N=31)	18 mois après l'admission (N=21)	24 mois après l'admission (N=16)
Programmes de jour[a]	4,67	0,56	0,90	0,86	0,75

[a] Il s'agit principalement de services de réadaptation et de l'*Underground*. Les clients interviewés n'ont rapporté aucune utilisation des programmes *Le Tremplin* et *Crossroads.*

Figure 8: Nombre de jours d'hospitalisation à l'Hôpital Douglas: moyenne par mois pour séparément pour clients interviewés et clients non interviewés

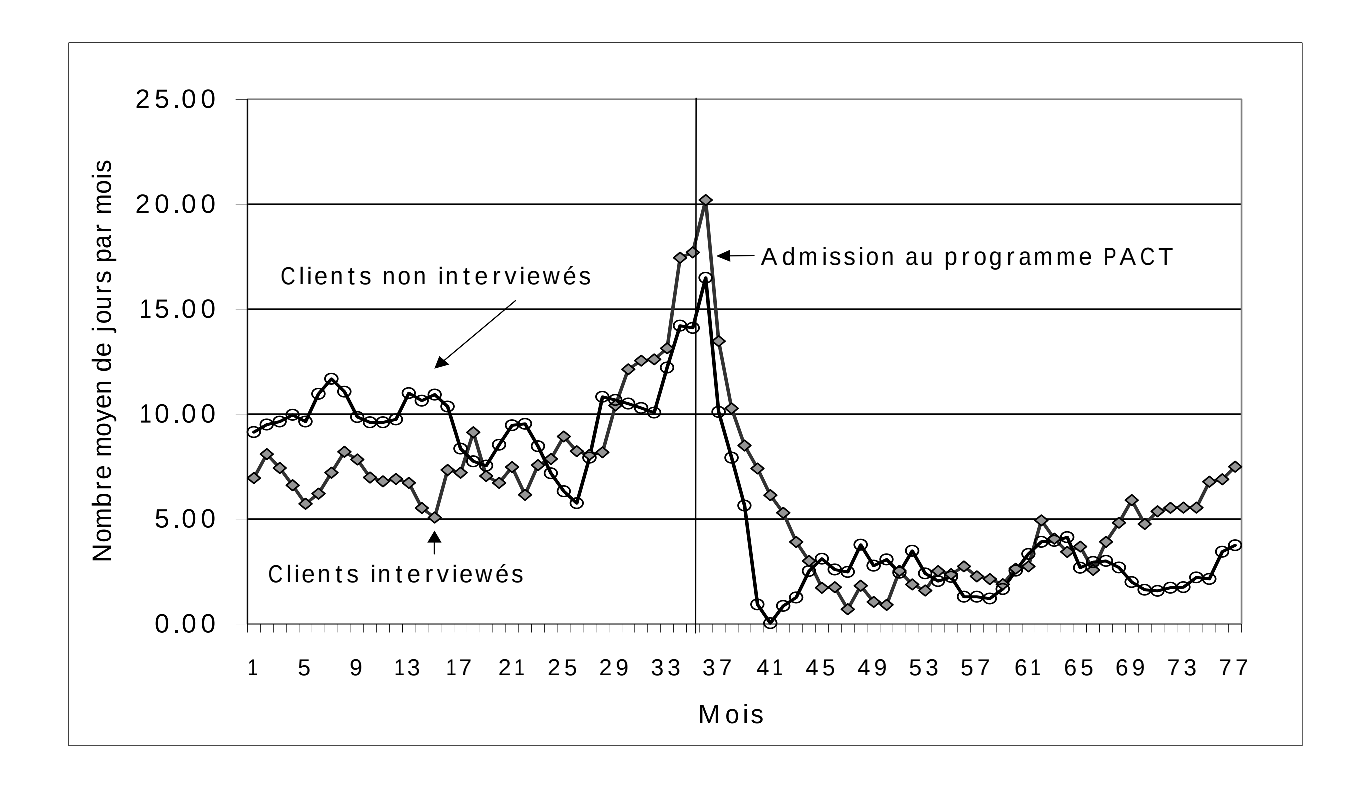
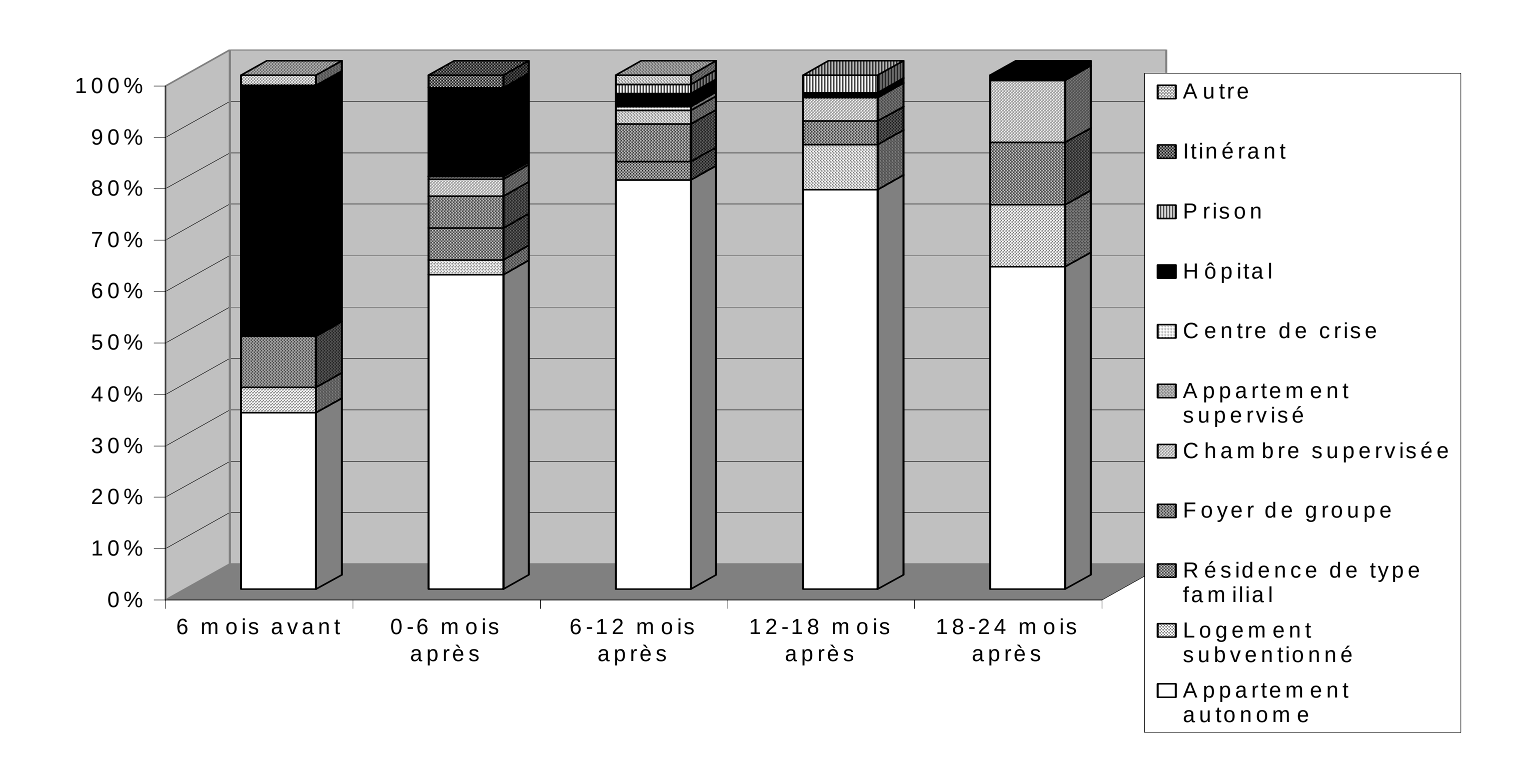


Figure 9. Répartition des nuits d'hébergement, selon le type de ressource, avant et après l'admission au programme PACT



La Figure 9 présente la répartition des nuits passées dans différents types d'hébergement, avant et après l'admission au programme PACT. (Ces données proviennent des intervenants et nous les considérons relativement fiables.) On y note principalement une forte diminution de la proportion de nuits passées en hôpital (reflétant la Figure 6), accompagnée d'une augmentation dans la proportion de nuits passée en appartement autonome. Par ailleurs la proportion des nuits passées en logement subventionné et en chambre supervisée tend à augmenter.

Parmi ces différents types d'hébergement, les coûts des résidences de type familial, des foyers de groupe, appartements supervisés, chambres supervisées et centres de crise sont ou peuvent être partiellement assumés par l'hôpital.

Le Tableau 7 montre ensuite notre estimé du coût moyen par année par client pour l'hôpital, avant et après l'admission au programme, ainsi que la différence. Nous n'avons pas rapporté dans ce tableau nos données sur l'utilisation des programmes de jour, parce qu'elles nous ont semblé trop partielles: étant basées sur les souvenirs d'un sous-groupe de patients dans les 30 derniers jours, ces données sont beaucoup moins précises que les autres.

Comme la perspective adoptée est celle de l'hôpital, nous utilisons pour les coûts unitaires des coûts *exempts* de coûts indirects (administration, etc.), du coût d'opportunité du terrain et des bâtiments, et des honoraires des médecins.

Cette analyse comporte plusieurs limites. Tout d'abord, toute comparaison avant-après est sujette à des biais. Nous avons grandement atténué celui qui provient du phénomène de régression vers la moyenne en excluant l'année juste avant l'admission dans la comparaison.[6] Mais d'autres facteurs auraient pu influencer la différence observée. Par exemple, la fermeture progressive de lits pourrait expliquer une partie de la réduction dans les jours d'hospitalisation.[7] La Figure 6 suggère toutefois que de loin la plus grande part de la différence entre les 3[e] et 2[e] années pré-admission, d'une part, et la période post-admission, d'autre part, est plutôt attribuable au programme PACT; l'inclusion de la première année post-admission dans la comparaison pourrait même avoir pour effet de sous-estimer quelque peu l'impact du programme.

---

[6] L'expression *régression vers la moyenne* désigne la tendance d'une série de mesures, lorsque les valeurs atteignent des valeurs plus ou moins élevées que la moyenne, à retourner vers la moyenne de la série. Dans ce cas, on voit que les patients tendaient à être admis au programme PACT après une année où ils avaient subi plus de jours d'hospitalisation que dans les deux années précédentes. La maladie mentale étant épisodique, on pourrait s'attendre à ce que, même en l'absence du programme, ils retournent à approximativement leur niveau antérieur d'hospitalisations.

[7] Dans une analyse ultérieure, nous comptons comparer la tendance des jours d'hospitalisation pour le groupe de clients PACT avec celle de patients qui ont été placés sur la liste d'attente pour ce service.

Tableau 7. Impact économique net estimé de l'équipe PACT par année et par patient ($ 1999-2000): perspective de l'hôpital Douglas[a]

Service	Coût unitaire	Utilisation annuelle, calculée à partir de la moyenne pour la période:		Augmentation (diminution)	Augmentation (diminution) des coûts
		3 et 2 ans pré-admission	1à 3 ans post-admission		
Hospitalisations (jours)	215$ [b]	96,3	41,4	(54,9)	(11 816$)
Visites à l'urgence	360$[c]	2,03	1,39	(0,64)	(230$)
Contacts services externes	89$[d]	6,65	1,08	(5,57)	(496$)
Hébergement (nombre moyen de jours par année et par client)					
		6 mois pré-admission	**2 ans post-admission**		
Résidences de type familial	15$[e]	0.00	12.07	12.07	181$
Foyers de groupe	4,25$	36.24	26.13	-10.12	(43$)
Appartements supervisés	4,25$	0.00	15.47	15.47	66$
Chambres supervisées	4,25$	0.00	0.47	0.47	2$
Centre de crise	4,25$	0.00	1.38	1.38	6$
Équipe PACT[e]					9 116$
Impact économique net pour l'hôpital					(3 214$)

Notes:

[a] Excluant les programmes de jour.

[b] Ce coût comprend: a) une moyenne pondérée (par l'utilisation relative des clients du programme PACT durant la période utilisée) des coûts directs par jour-présence des départements de soins de courte durée (96,63%) et de soins intensifs (3,37%); b) les coûts de pharmacie, alimentation, et buanderie attribuables à ces départements. Les facturations de médecins à la RAMQ sont exclues.

[c] Ce coût peut sembler élevé; toutefois, il faut tenir compte du fait que la durée moyenne de séjour à l'urgence est de l'ordre de 2 jours.

[d] Nous utilisons ici un coût unitaire direct, pour services en clinique externe, estimé à partir de données de 1997/98, majoré de 5% pour tenir compte de l'inflation. Les facturations de médecins sont exclues.

[e] Les contributions de l'hôpital à une résidence de type familial varient d'environ 6$ à 29$ par patient par jour, selon le niveau de «lourdeur» du patient. Le choix de 15$ à l'intérieur de cet intervalle est arbitraire.

[e] Le coût annuel par patient est obtenu en calculant la moyenne des dépenses annuelles pour les années 1999-2000 et 2000-2001, puis en divisant par le nombre moyen de patients actifs, soit 61 pour ces deux années. Le montant pour 2000-2001 a été divisé par 1.03 pour l'exprimer en dollars de 1999-2000. Les coûts pour les années 1997-1998 et 1998-1999 ont été exclus parce qu'ils représentent la phase de démarrage de l'équipe et sont donc moins représentatifs. (Ils sont plus élevés parce que le nombre de clients est moindre.)

Nous avons exclu du Tableau 7 les données sur les programmes de jour de l'hôpital, pour les raisons évoquées plus haut. Ces données, toutefois, suggèrent une diminution de l'utilisation de ces programmes par la clientèle PACT suite à leur admission, ce qui accroîtrait encore notre estimé de l'économie.[8] Par ailleurs, nos estimés de l'impact du programme sur l'utilisation de résidences dont les coûts sont partiellement assumés par l'hôpital pourraient être trop élevés.[9] Toutefois, on voit que les effets économiques les plus importants sont la réduction dans les jours d'hospitalisation, et le coût de l'équipe ACT lui-même. Dans l'ensemble, nous pouvons conclure que le programme a permis à l'hôpital de réaliser une économie importante – que nous pouvons chiffrer à environ 200 000$ par année pour une équipe qui dessert 60 clients.

Une telle économie ne va pas se traduire par une réduction visible dans les dépenses de l'hôpital. Plutôt, l'équipe PACT prévient des hospitalisations et des visites à l'urgence, et réduit l'utilisation d'autres services externes, suffisamment pour que l'on puisse donner de ces services à d'autres patients, totalisant une valeur qui dépasse le coût de l'équipe elle-même. En d'autres mots, l'équipe permet de desservir plus de patients avec la même quantité de ressources. En ce sens aussi, indirect mais important, le programme de suivi intensif augmente l'accessibilité aux services.

3.5.1.2 Impact économique net de développer la capacité d'une équipe à traiter l'alcoolisme/toxicomanie

Le coût de la formation donnée à l'intervenant spécialisé en alcoolisme/toxicomanie, M. Gilbert Tremblay, et des formations additionnelles accordées à l'équipe, comprend trois parties. Premièrement, le coût de la formation en tant que tel (dépenses pour les stages et formations de Gilbert Tremblay aux États-Unis et honoraires pour les formateurs, couverts par la subvention du FASS) ne s'est élevé qu'à environ 10 000$. Deuxièmement, Gilbert Tremblay a pris plusieurs heures à préparer des courtes formations qu'il a données à

---

[8] Les nombres du Tableau 8, s'ils sont acceptés tels quels, impliquent une réduction dans l'utilisation de programme de jour d'une moyenne de 56 jours par client par année, à 9 jours par client par année. Nous avons estimé, pour 97/98, un coût direct par jour moyen de 137$ pour les programmes de jour, qui correspondrait environ à 144$ en 99/00. Une réduction de 47 jours par client par année représenterait alors une économie additionnelle d'environ $6 800.

[9] Nous avons supposé que tous les séjours dans ces types de résidences étaient partiellement payés par l'hôpital. (Dans une analyse ultérieure nous identifierons spécifiquement les résidences subventionnées par l'hôpital, et les résidences non subventionnées). De plus, nous n'avions aucune donnée sur l'hébergement plus de 6 mois avant l'admission au programme.

l'équipe; ce coût ne s'est élevé qu'à des centaines de dollars et peut être négligé.[10] Finalement, Gilbert Tremblay a consacré presque un mois à sa propre formation, et les autres intervenants de l'équipe chacun environ cinq jours. Ceci représente environ 70 jours en formation plutôt qu'à donner des services, ce qui représente un coût d'environ 12 000$. Ainsi le coût total de la formation donnée à l'équipe se chiffre aux alentours de 20 000$ à 25 000$.

Il est possible que cet investissement ait entraîné des économies en termes d'autres services. Toutefois, le devis de l'étude et nos méthodes de mesure ne permettent pas d'identifier de tels effets.

Comme on le verra plus bas, un investissement plus grand dans la formation aurait sans doute eu un impact plus grand sur l'équipe.

3.5.2 Perspective du réseau

3.5.2.1 Impact économique net de l'équipe de suivi intensif

Lorsque l'on adopte la perspective du réseau, il faut tenir compte des coûts additionnels suivants: (1) les services dispensés par d'autres hôpitaux et ressources extérieures à l'hôpital; (2) l'ensemble des subventions et allocations au logement; (3) les services médicaux, qui sont facturés à la RAMQ; et (4) les produits pharmaceutiques achetés en dehors de l'hôpital, également facturés à la RAMQ. Le Tableau 8 indique les résultats que nous avons obtenus quant à l'utilisation d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux (ressources d'hébergement mises à part). Comme on peut le voir, cette utilisation est minime.

Tableau 8. Utilisation d'autres ressources (autres qu'hébergement) du réseau de la santé et des services sociaux

	Utilisation moyenne par client sur une période de 6 mois				
	6 mois avant l'admission (N=27)	6 mois post-admission (N=36)	6-12 mois post-admission (N=31)	12-18 mois post-admission (N=21)	18-24 mois post-admission (N=16)
Hospitalisations autres (jours)[a]	5,41	0	0	1,57	0
Visites à l'urgence autres[b]	0	0,19	0,06	0	0
Ressources alternatives en santé mentale (contacts)[c]	7,33	8,17	13,15	9,76	10,9
Autres ressources (nombre de contacts)[d]	21,67	0,67	6,97	16	7,5

[10] En ne comptant que le coût en salaire, les autres coûts de l'équipe (coordination, téléphones cellulaires, etc.) étant encourus que les intervenants soient en formation ou occupés à donner des services.

Notes pour le Tableau 8:

[a] Institut Philippe Pinel, hôpitaux LaSalle et Verdun

[b] Hôpitaux LaSalle et Verdun

[c] Principalement, Projet PAL et centre de crise l'Autre Maison.

[d] Principalement lignes d'écoute téléphonique et Armée du Salut

La Figure 10, également produite à partir de données de la RAMQ, montre l'évolution du coût des services médicaux facturés à la RAMQ pour les 44 clients qui, à une période ou une autre, ont accepté d'être interviewés.[11]. La tendance suggère une augmentation durant la période pré-admission, qui peut s'expliquer au moins en partie par l'augmentation dans le nombre de jours d'hospitalisation dans l'année pré-admission; la diminution qui suit l'admission à l'équipe reflète la diminution dans les jours d'hospitalisation (Figure 10). La tendance semble se stabiliser à un niveau semblable à celui qu'elle avait la deuxième et troisième année pré-admission; ceci pourrait s'expliquer par le fait que, si le nombre moyen de jours d'hospitalisation est plus faible après l'admission qu'avant, le client dans l'équipe PACT reçoit un suivi psychatrique plus étroit pendant qu'il est à l'externe qu'il n'en recevait avant l'admission.

Il se pourrait cependant que certains services médicaux aient été facturés sur une base horaire (paiement par vacation), par exemple pour l'accomplissement de tâches administratives. Ces services ne peuvent être attribués à des patients particuliers à partir des données de la RAMQ. Malheureusement nous ne pouvons estimer l'effet possible du programme sur les paiements médicaux de cette nature.

Le Tableau 9 présente les coûts moyens par mois en services médicaux pour diverses périodes.

Tableau 9. Coûts moyens par mois en services médicaux pour diverses périodes avant et après l'admission au programme PACT

Période	**Coût moyen par mois**
48 mois avant l'admission	150,28$
36 mois avant le début de l'année précédant l'admission	139,85$
30 mois après l'admission	176,09$
18 mois après la fin de l'année suivant l'admission	127,58$

[11] Tous les services médicaux, psychiatriques ou non, sont inclus. (Dans une analyse ultérieure nous introduirons des distinctions entre types de services médicaux.)

Figure 10. Coût moyen par client et par mois des services médicaux facturés à la RAMQ

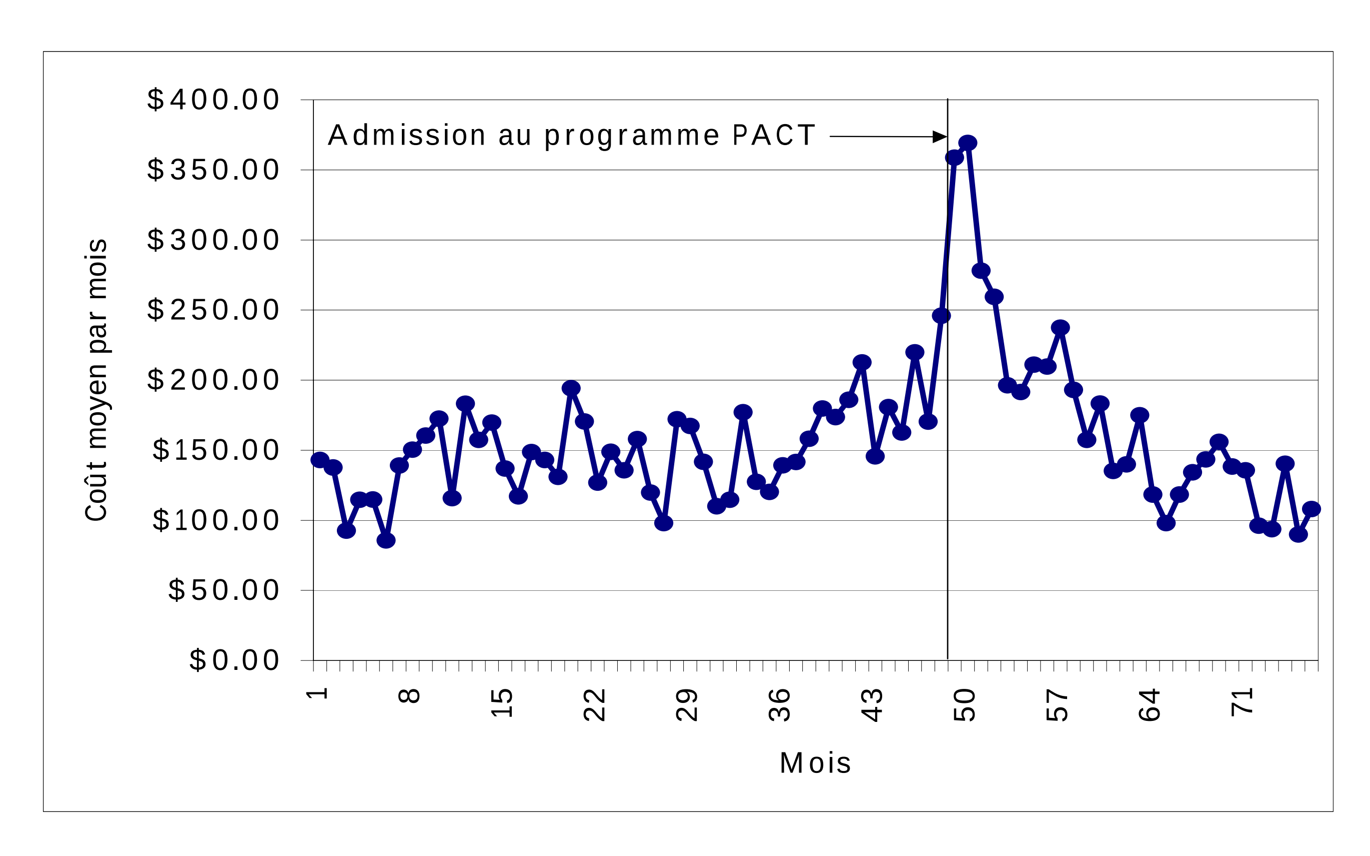


Figure 11. Coût moyen par client et par mois des services médicaux facturés à la RAMQ, avec projection de la tendance pré-admission

Admission au programme PACT

Coût moyen par mois

400
350
300
250
200
150
100
50
0

1
7
13
19
25
31
37
43
49
55
61
67
73

Mois

La Figure 10 et le Tableau 9 suggèrent une légère tendance à ce que le coût des services médicaux se stabilise à un niveau inférieur à ce qu'il était avant l'admission. Ceci pourrait se comprendre de la façon suivante: les facturations à la RAMQ sont particulièrement élevées lors d'hospitalisations. Un client suivi par le programme PACT, une fois stabilisé, tend à être hospitalisé relativement peu fréquemment. Ses médicaments ajustés, il a besoin de relativement peu d'intervention de son psychiatre.

Cette interprétation demeure toutefois plutôt spéculative. Les données apparaissant plutôt ambiguës, il semble plus prudent de n'attribuer aucun effet sur les coûts des services médicaux au programme PACT.

La Figure 11, ensuite, présente l'évolution du coût par mois en produits pharmaceutiques facturés à la RAMQ. [12] On y voit une augmentation dramatique dans le coût des médicaments suite à l'admission au programme. Nous voyons deux explications principales à cette augmentation. Premièrement, la diminution dans la proportion du temps en hôpital signifie un plus grand nombre de jours pendant lesquels les médicaments consommés sont achetés en pharmacie communautaire et donc facturés à la RAMQ. Cette explication ne suffit pas cependant: le nombre de jours passés en dehors de l'hôpital augmente en moyenne d'environ 250 à 320[13], soit une augmentation d'environ 30%, tandis que le coût moyen augmente de plus de 400%. L'explication la plus importante est probablement que l'équipe s'assure que les clients prennent leurs médicaments.[14]

Le Tableau 11 rassemble ces données pour estimer l'impact économique net de l'équipe, du point de vue du réseau. Cette fois, on utilise des coûts unitaires incluant les coûts indirects ainsi qu'une allocation pour le coût du terrain et des bâtiments. Pour les produits pharmaceutiques, nous avons calculé la différence entre la projection linéaire de la tendance pré-admission et les montants payés par la RAMQ après l'admission.

Les résultats présentés au Tableau 11 suggèrent donc que le programme PACT permet une économie importante au réseau de la santé et des services sociaux: de l'ordre de 4 400$ par patient par année, ou 270 000$ pour une équipe desservant 61 clients. Comme on peut le voir, les facteurs principaux qui jouent dans cette augmentation sont la majoration des coûts unitaires de l'hospitalisation et de l'équipe PACT par les coûts indirects; et le coût additionnel en médicaments facturés à la RAMQ.

L'analyse présentée au Tableau 11 présente toutes les limites énumérées pour l'analyse économique du point de vue de l'hôpital. De plus, nous avons exclu, encore une

---

[12] Tous les médicaments, psychiatriques ou non, sont inclus. (Dans une analyse ultérieure nous introduirons des distinctions entre types de médicaments.) Les franchises payées par les bénéficiaires, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une analyse selon la perspective du réseau, ont été exclues.

[13] Nombres approximatifs calculés à partir du Tableau 8.

[14] Une autre explication possible est que l'équipe ait substitué des médicaments plus coûteux (antipsychotiques atypiques). Toutefois, il y a quelques années que la grande majorité des patients de l'hôpital se font prescrire des antipsychotiques atypiques. Un examen de l'évolution du coût par prescription reste à faire.

fois, les données rapportées par les clients. Il est clair, cependant, à la lecture du Tableau 10, que si on les avait incluses, de même que celles du Tableau 8, on aurait augmenté l'estimé de l'économie réalisée par le programme pour le réseau.

3.5.2.2 Impact économique net de développer la capacité d'une équipe à traiter l'alcoolisme/toxicomanie, perspective du réseau

Les types de coûts identifiés dans l'analyse sommaire présentée à la section 3.5.1.2, selon la perspective de l'hôpital, sont également les coûts pertinents pour une analyse selon la perspective du réseau. Toutefois, il faut les majorer pour tenir compte de l'ensemble des coûts indirects – à la fois les autres coûts de l'équipe PACT (coordination, etc.) et les coûts indirects de l'hôpital. L'estimé approximatif de 70 jours d'intervenants PACT en formation (en faisant la somme sur l'ensemble des intervenants) représente alors environ 3,8% du temps total des intervenants en un an, ce qui se traduit par un coût total d'environ 33 000$, auquel on ajouterait le 10 000$ en dépenses de formation, pour un total d'environ 40 000$ à 45 000$.

Rappelons cependant que, du point de vue d'un administrateur d'établissement, le coût pertinent, qui se voit sur le budget, est le 10 000$ en frais de déplacement, frais d'inscription à des formations, et honoraires professionels.

Tableau 10. Impact économique net estimé de l'équipe PACT, perspective du réseau de la santé et des services sociaux, par année et par patient ($ 1999-2000)[a]

Service	Coût unitaire	Utilisation annuelle, calculée à partir de la moyenne pour la période:		Augmentation (diminution)	Augmentation (diminution) des coûts
		3 et 2 ans pré-admission	1à 3 ans post-admission		
Hospitalisations (jours)	376$ [b]	96,3	41,4	-54,9	(20 642$)
Visites à l'urgence	607$ [b]	2,03	1,39	-0,64	(389$)
Contacts services externes	150$ [b,c]	6,65	1,08	-5,57	(835$)
		6 mois pré-admission	2 ans post-admission		
Logement subventionné	7$ [d]	18.07	13,15	-4,92	(34)
Résidences de type familial	15$ [e]	0.00	12.07	12.07	181$
Foyers de groupe	155$ [f]	36.24	26.13	-10.12	(1 568$)
Appartements supervisés	148$ [g]	0.00	15.47	15.47	2 290$
Chambres supervisées	148$ [h]	0.00	0.47	0.47	70$
Centre de crise	127$ [i]	0.00	1.38	1.38	175$
Médicaments					2 270$
Équipe PACT [j]					14 039$
Impact économique net pour le réseau					(4 443$)

Notes:

[a] Excluant les données rapportées au Tableaux 8 et 10, jugées trop imprécises.

[b] Les coûts unitaires des hospitalisations et des urgences comprennent, outre un estimé des coûts indirects, un ajout de 6% pour représenter le coût d'opportunité des bâtiments et du terrain [57]. Pour les services externes, encore suivant les estimations de Rosenheck et al., on a ajouté 4%.

[c] Majoration de 5% d'un estimé calculé à partir de données de 1997/98. Voir note d du Tableau 9.

[d] On a supposé ici que la subvention représentait 200$ par mois, le reste du loyer étant assumé par le client.

[e] Les contributions de l'hôpital à une résidence de type familial varient d'environ 6$ à 29$ par patient par jour, selon le niveau de «lourdeur» du patient. Ces contributions constituent l'ensemble des contributions du réseau au coût des résidences de type familial (les patients contribuant une autre partie du coût).

[f] Nous avons utilisé un estimé de 1997/98 obtenu à partir d'un foyer du territoire de l'hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine en 1997 [5], majoré de 5%. La contribution estimée des patients (environ 8$ par nuit) est soustraite.

[g] L'estimé du coût d'un appartement supervisé est basé sur les données d'une ressource du territoire de l'Hôpital Douglas. Selon le rapport annuel, le taux d'inoccupation semble être de l'ordre de 66%, ce qui augmente sensiblement le coût unitaire.

[h] En l'absence de données plus précises, nous avons simplement utilisé le même coût unitaire que pour un appartement supervisé.

[I] Estimé à partir du rapport annuel du centre de crise L'Autre Maison (la répartition des dépenses entre l'hébergement et les autres activités de cet organisme est seulement approximative).

[j] Pour la perspective réseau, nous avons majoré le coût par client par année de 54%, ce qui représente notre estimé des coûts indirects attribuables au centre d'activités «services psychiatriques externes inscrits».

3.6 Autres effets sur la population visée

Le Tableau 11 montre les moyennes ajustées à chaque temps obtenues par le modèle à effets mixtes. (Rappelons que nous avons estimé deux séries de modèles, l'une utilisant des variables d'ajustement – âge, sexe, diagnostic, jours d'hospitalisation antérieurs – l'autre n'en utilisant pas. Les moyennes non-ajustées sont presque identiques aux moyennes ajustées, et les seuils de signification statistique atteints sont les mêmes. Pour cette raison nous ne les rapportons pas ici.) Pour toutes les mesures sauf deux (le BASIS-32 et le BPRS), un score plus élevé indique une amélioration. On voit une amélioration significative du moment de l'entrée dans l'étude à 6 mois plus tard sur toutes les dimensions observées, sauf deux : l'appropriation de pouvoir, pour laquelle les scores demeurent inchangés, et les symptômes tels que mesurés par le BPRS, pour lesquels on voit une tendance négative mais non significative statistiquement (ou cliniquement).[15] Après une amélioration initiale, on observe une stabilisation ou légère régression dans les scores des autres mesures.

Ces résultats toutefois sont basés sur des données qui ne proviennent que de 44 personnes, et pour chacune de ces personnes nous ne disposons en général pas de tous les 5 temps de mesure inclus dans l'analyse. Il se pourrait que les résultats ne se généralisent pas à l'ensemble de la population visée. Nous avons vu en effet (Tableau 2) que les personnes

[15] La tendance vers des scores plus élevés avec le temps pour les symptômes est probablement dûe au fait que, au fil des entrevues successives, les clients se sentent de plus en plus à l'aise avec les intervieweurs et leur révèlent plus de symptômes (e.g., idées délirantes).

qui ont accepté de participer aux entrevues semblent en moyenne un peu moins malades que celles qui ont refusé. Toutefois, nos résultats sont essentiellement inchangés lorsqu'on ajuste les analyses pour le nombre de jours d'hospitalisation pré-admission. De plus, la Figure 3 indiquait que les deux groupes de clients bénéficiaient de chutes comparables dans leurs nombres de jours d'hospitalisation suite à leur admission au programme.

Tableau 11. Évolution des mesures cliniques, de fonctionnement, de qualité de vie et de satisfaction des clients

	Score moyen estimé:				
	À l'entrée	**À 6 mois**	**À 12 mois**	**À 18 mois**	**À 24 mois**
Difficultés perçues par les clients (BASIS-32)	1.22	0.89*	0.83	0.65	0.80
Symptômes cotés par les intervieweurs (BPRS)	47.81	47.65	51.04	56.52	58.26
Appropriation de pouvoir (*Making decisions*)	2.79	2.77	2.76	2.74	2.76
Niveau de fonctionnement perçu par l'intervenant principal (MCAS)	58.97	65.34***	64.27	63.61	64.41
Satisfaction par rapport aux services (CSQ-8)	21.61	27.37***	27.33	26.29	23.68
Qualité de vie (Wisconsin)	0.52	1.10***	1.09	0.92	0.84

* : Différence par rapport au temps précédent significative à un seuil de signification de 0,05
** : Seuil de 0,01
*** : Seuil de 0,001

Il est évidemment difficile de savoir dans quelle mesure ces améliorations sont le résultat d'une simple régression vers la moyenne : au moment de leur entrée dans l'étude, les patients venaient de subir un nombre anormalement élevé, pour eux, de jours d'hospitalisation. Néanmoins, les résultats dans leur ensemble suggèrent que le programme a eu des effets positifs sur les clients.

Comme on l'a indiqué plus haut, le nombre de clients qui consomment de l'alcool ou des drogues et qui ont consenti à participer à l'étude nous a semblé trop faible pour procéder à une analyse statistique semblable à celle dont les résultats sont rapportés au Tableau 11. De plus, on observe beaucoup de fluctuations dans les scores d'un temps à l'autre. Les figures 12 à 15 décrivent la répartition de tous les scores AUS, DUS et SATS (alcool et drogues) aux différents temps de mesure. Ces figures ne révèlent aucune tendance évidente.

Les figures 12 et 13 ne sont pas disponibles en version électronique.

Les figures 14 et 15 ne sont pas disponibles en version électronique.

En conclusion, ces analyses suggèrent que le programme a eu des effets bénéfiques sur les clients sur plusieurs dimensions. En ce qui concerne l'alcool ou les drogues, que ce soit à cause du relativement petit nombre de personnes concernées qui ont accepté de participer à l'étude, de la durée de suivi limitée, du manque de sensibilité et de précision de nos mesures, ou d'un manque d'efficacité du traitement qui a été implanté, nous n'avons pas détecté d'effet, soit sur la consommation, soit sur l'engagement des clients à prendre le contrôle de leur consommation.

3.7 Bilan qualitatif des efforts d'implantation d'une capacité à traiter les doubles diagnostics au sein de l'équipe PACT

Les activités réalisées pour donner à l'équipe PACT la capacité d'aider efficacement les personnes atteintes d'une double problématique alcoolisme/toxicomanie ont été décrites à la section 2.1. Nous rendons compte dans cette section des résultats de ces activités, en termes qualitatifs.

3.7.1 Fonctions assumées par le spécialiste en toxicomanie

Le spécialiste en toxicomanie engagé par l'équipe, M. Gilbert Tremblay, a assumé trois fonctions principales spécifiques à ce rôle : l'évaluation des clients, l'intervention, et la formation des autres intervenants.

Évaluation des clients. La contribution de Gilbert Tremblay à l'évaluation des patients était dans certains cas directe, et dans d'autres indirecte, c'est-à-dire qu'il aidait d'autres intervenants à évaluer des situations particulières. L'évaluation directe s'est souvent faite de façon formelle, au moyen entre autres de l'IGT (Indice de Gravité de la Toxicomanie), des instruments AUS, DUS, SATS, et, particulièrement pour des patients sous ordonnance de la cour, au moyen de tests d'urine. Tous les clients ont été évalués de façon systématique pour identifier ceux qui pourraient bénéficier d'une participation à des groupes de traitement.[16]

L'évaluation directe pouvait aussi se faire de façon informelle, par observation lors de rencontres qui avaient un but principal autre (e.g., livraison de médicaments). Quant à l'évaluation indirecte, Gilbert Tremblay pouvait aussi suggérer, par exemple, à un intervenant qui soupçonnait un client de consommation abusive d'alcool de regarder discrètement pour voir si l'appartement contenait des bouteilles de vin ou de bière.

Avec l'encouragement du Dr Juan Carlos Negrete, Gilbert Tremblay a, durant les six derniers mois de son séjour auprès de l'équipe PACT, tenté d'instaurer une procédure de dépistage systématique de la consommation au moyen de tests d'urine auprès de la clientèle entière. Le but était d'établir de façon plus rigoureuse le niveau de consommation d'alcool et de drogues de tous les patients de l'équipe. En partie à cause de résistances de la part de certains membres de l'équipe, qui trouvaient la procédure trop intrusive pour être appliquée

---

[16] Ces évaluations n'ont été faites qu'environ un an après le début de l'étude, pour des raisons cliniques plutôt que de recherche, et sans relation avec notre schéma de collecte de données. C'est pour cela qu'elles n'ont pas été incorporés à notre étude.

à l'ensemble de la clientèle, et en partie à cause de délais dans l'identification du test le plus coût-efficace à utiliser, cette tentative n'avait pas abouti au moment du départ de Gilbert Tremblay, en mai 2000. Elle n'a pas été ré-amorcée depuis.

Intervention. En plus d'être intervenant principal pour une demi-douzaine de clients, Gilbert Tremblay appartenait à la «mini-équipe» de tous les clients identifiés comme ayant une double problématique.[17] Comme pour l'évaluation, son intervention pouvait être directe ou indirecte. L'intervention directe pouvait prendre plusieurs formes, selon le stade du patient par rapport à sa consommation. Par exemple, pour ceux qui ne percevaient pas leur consommation d'alcool ou de drogues comme étant problématique, il s'agissait souvent d'entrevue motivationnelle. Cette technique d'intervention implique une discussion avec le patient, dans une attitude de collaboration plutôt que de confrontation, visant à l'amener à lui-même vouloir prendre le contrôle de sa consommation : par exemple, en l'amenant à se rendre compte des choses dont il doit se priver à cause de coût de l'alcool ou des drogues qu'il achète.

L'intervention s'est aussi faite par le biais de rencontres de groupe hebdomadaires. Un objectif important de ces rencontres de groupe était l'enseignement d'habiletés sociales (*skills training) :* e.g., jeux de rôle pour pratiquer comment refuser d'acheter de la drogue, ou comment se comporter dans un groupe d'Alcooliques Anonymes. Utilisant aussi la technique d'entrevue motivationnelle, les groupes visaient aussi à conscientiser les clients à propos de l'alcool et des drogues et de leurs effets; ils incluaient par exemple des discussions sur la provenance de l'argent avec lequel les clients avaient acheté de la drogue, etc. Deux groupes ont dû être formés, l'un anglophone et l'autre francophone. Chacun de ces groupes a rejoint de 5 à 10 clients, soit la majorité des clients qui avaient été identifés comme ayant une problématique au niveau de l'alcool et des drogues.

Le spécialiste en alcoolisme/toxicomanie a également joué un rôle important au niveau de la participation à la formulation des plans de traitement et d'intervention. Il pouvait aider les autres intervenants à découvrir, par exemple, qu'un patient qui semblait très déconnecté lors des livraisons de médicaments se droguait avec des antihistaminiques. La prise de médicaments psychotropes est à déconseiller dans de telles circonstances. On pouvait alors, à court terme, changer l'heure de livraison des médicaments.

Activités de formation auprès de l'équipe. Pour compléter la description des tâches spécifiques à son rôle d'intervenant en alcoolisme/toxicomanie, Gilbert Tremblay a aussi donné une série de formations aux autres intervenants de l'équipe, couvrant entre autres : les différentes substances et leurs effets; leurs interactions entre elles et avec les médicaments; les approches de traitement; etc. En moyenne il prenait de une heure à une heure et demie

[17] Dans une équipe de suivi intensif qui suit le modèle ACT, comme celle de l'hôpital Douglas, on attribue à chaque client, lors de l'élaboration du plan de traitement, un intervenant principal qui a la responsabilité de coordonner les tâches administratives et les interventions pour ce client. On choisit aussi 2 ou 3 autres intervenants, en partie selon la correspondance entre leur expertise spécifique et les besoins du client, pour former avec l'intervenant principal un sous-groupe d'intervenants (la «mini-équipe») qui fournira la majeure partie des interventions (ref Cadre de référence AHQ).

par mois pour ce genre d'activités. Finalement, au moment où il a dû quitter l'équipe, Gilbert Tremblay commençait à former une stagiaire, Mme Cenya Cence. Celle-ci, ayant maintenant terminé une formation de deuxième cycle en toxicomanie, a été engagée en février 2001 par l'équipe PACT pour occuper le poste de Gilbert Tremblay jusqu'à son retour.

3.7.2 Autres activités de formation

Les activités de formation accordées à l'équipe, en plus de celles fournies par Gilbert Tremblay, ont été de deux types : d'une part, des activités de formation qui ont été destinées à Gilbert Tremblay lui-même; de l'autre, des activités destinées à l'équipe entière.

Nous avons fait mention plus haut des stages que Gilbert Tremblay a suivis au Rhode Island, en novembre 1998. Ces trois semaines de stage lui ont permis d'observer, à l'intérieur de cinq équipes de type ACT spécialisées dans le traitement de personnes à double problématique, comment s'opérationnalisait le traitement intégré. En août 1999, Gilbert Tremblay a de surcroît participé à une formation intensive de deux jours à Manchester, au New Hampshire, avec les Drs Tom Fox, Mary Brunette et d'autres spécialistes cliniques dans le traitement de la clientèle à double problématique à partir d'équipes de suivi intensif. Cette formation a permis de développer ses connaissances au niveau de l'application du modèle intégré de traitement, des groupes de thérapie et des thématiques pouvant être abordées, des critères d'hospitalisation pour la clientèle visée, etc.

En outre, l'implication du Dr Juan Carlos Negrete a donné à Gilbert Tremblay une personne d'expertise de calibre international avec qui discuter de l'ensemble des questions auxquelles il faisait face.

Plusieurs activités de formation au niveau de la toxicomanie, en plus de celles données par Gilbert Tremblay, ont été destinées à l'équipe entière. Le Dr Thomas Brown, un spécialiste dans le traitement de la toxicomanie, a tout d'abord donné à l'équipe des éléments de base sur l'alcool et les drogues et les problèmes d'abus et de dépendance. Le Dr Jacques Tremblay, au cours de la journée de formation du 19 janvier 1999, mentionnée plus haut, a communiqué des notions de base sur les interactions entre médicaments prescrits et l'alcool et les drogues. Le Dr Juan Carlos Negrete a donné quelques journées de formation additionnelles sur le traitement intégré. Finalement, le Dr Brown a donné 4 demi-journées de formation sur la technique d'entrevue motivationnelle. Cette formation était de caractère très pratique (mises en situation, jeux de rôle) et a donné aux intervenants des méthodes qu'ils ont pu immédiatement incorporer dans leurs interventions. Finalement, de sa propre initiative, l'équipe a fait venir Madame Francine Langlois, directrice de la thérapie à la Maison Jean-Lapointe, pour une formation de deux heures sur le modèle Minnesota.

3.7.3 Perceptions des effets positifs

Cet ensemble d'activités diverses mais interreliées a influencé les interventions de l'équipe de plusieurs façons. La présence de Gilbert Tremblay au sein de l'équipe permettait d'incorporer ses observations et analyses à un grand nombre d'interventions. Les groupes de traitement ont été perçus comme ayant eu un effet positif, quoique le dernier d'entre eux s'est éteint avec le départ de Gilbert Tremblay. Les formations ont sensibilisé

les intervenants aux effets de l'alcool et de différentes drogues, ont présenté plusieurs notions-clef (comorbidité, buts d'abstinence versus réduction des méfaits, etc.) et leur ont donné certains outils cliniques pour composer avec plus d'habileté et de confiance avec la clientèle à double problématique. L'introduction d'outils de mesure systématiques (Indice de Gravité de la Toxicomanie, AUS, DUS, SATS) a ajouté de la rigueur aux évaluations. Les formations sur les techniques d'entrevue motivationnelle, entre autres, ont une influence à long terme sur les méthodes d'intervention des intervenants.

La sensibilisation des intervenants leur permettait aussi de détecter des signes de consommation accrue d'alcool ou de drogues; dans certains cas, un client qui était demeuré un consommateur très modéré commençait à boire beaucoup. Alerté, l'intervenant spécialisé pouvait alors amorcer une intervention. La présence de Gilbert Tremblay rendait donc possible, dans une certaine mesure, une prévention secondaire de consommation abusive.

Finalement, l'équipe a été fortement sensibilisée à l'utilité, voire la nécessité, d'inclure un spécialiste en alcoolisme/toxicomanie : ainsi, suite au départ de Gilbert Tremblay, on a cherché, et finalement trouvé en Cenya Cence, une remplaçante qui possédait elle aussi une formation dans le domaine, et à qui on a confié un rôle semblable à celui qu'occupait Gilbert Tremblay au sein de l'équipe.

3.7.4 Difficultés

On a aussi relevé, toutefois, plusieurs difficultés. En premier lieu, Gilbert Tremblay n'a pas réussi, même en l'espace de presque deux ans, à suffisamment former les autres membres de l'équipe pour que le traitement devienne véritablement intégré. Dans les faits, il est demeuré un expert facilement accessible à qui l'on référait des situations; les autres intervenants n'ont pas appris autant qu'on ne l'aurait souhaité comment eux-mêmes donner une intervention véritablement intégrée.

Plusieurs facteurs ont contribué à ce succès mitigé. Premièrement, deux événements importants sont survenus au niveau du personnel. Lorsque la coordonnatrice de l'équipe à ce moment-là, Deborah Thomson, a pris un congé de maternité, de mars 99 à octobre 99, Gilbert Tremblay s'est fait confier la tâche de coordonnateur par intérim, en reconnaissance de ses capacités administratives et cliniques. Ces responsabilités nouvelles ont toutefois, inévitablement, réduit le temps qu'il pouvait consacrer à son rôle de spécialiste en alcoolisme/toxicomanie. Puis, environ six mois après le retour de Deborah Thomson, c'est-à-dire en mai 2000, il a dû prendre un congé de maladie prolongé, dont il n'était pas encore revenu lorsque ce rapport a été écrit. Il a fallu environ 6 mois pour trouver un remplacement pour Gilbert Tremblay qui détient une formation en toxicomanie ainsi que l'intérêt à travailler dans une équipe de suivi intensif.

Ensuite, même lorsque Gilbert Tremblay était pleinement disponible, le temps manquait pour la formation des intervenants. Le travail d'une équipe de suivi intensif est presque toujours à la course. Cette équipe-ci, de surcroît, s'est fait confier très rapidement un nombre important de patients à suivre, et on lui demandait de continuellement changer ses pratiques pour s'approcher des standards américains. Ces facteurs ont encore augmenté

le niveau de pression que subissait l'équipe. Ainsi il était difficile pour l'équipe de respecter rigoureusement l'agenda de formation prévu.

Un troisième facteur qui a atténué les progrès qu'a pu accomplir l'équipe se situe plutôt au niveau des perceptions des membres de l'équipe. Plusieurs perçoivent la consommation d'alcool ou de drogues comme relativement peu dommageable pour la plupart des clients : leurs vies sont désorganisées de toute façon, la consommation apparaît comme un élément parmi plusieurs dans le tableau, et non le plus prioritaire. Une telle attitude contribue évidemment à atténuer la motivation à intervenir au niveau de la consommation. Comme on l'a vu plus haut, cependant, la documentation scientifique suggère que seulement environ 5 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent maintenir un niveau non préjudiciable de consommation d'alcool à long terme, comparé à 50 % de la population générale. *Toute* consommation d'alcool ou de drogue présente donc un grand risque, à moyen sinon à court terme, de difficultés médicales, sociales, financières et psychiatriques. Les experts en traitement de personnes avec cette double problématique s'accordent à dire qu'il est très important d'intervenir pour minimiser ou complètement cesser la consommation d'alcool et de drogues dans cette population, à cause de sa susceptibilité particulière aux effets négatifs de la consommation.

Une autre difficulté a été la pression que ressentait l'équipe de garder les patients hors de l'hôpital. Le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie peut exiger à certains moments une hospitalisation pour désintoxication médicale, d'une durée d'environ une semaine.

Finalement, on peut aussi mentionner qu'un des deux groupes – en l'occurrence, le groupe francophone – n'a pas très bien fonctionné. Le groupe était trop hétérogène; on a finalement retiré certains clients du groupe, et sans eux il restait trop peu de personnes pour que le groupe fonctionne bien. Les clients savaient que le groupe était « ouvert », les intervenants rappelaient régulièrement cette option de traitement aux patients, mais le manque d'assiduitié et l'hétérogénéité a empêché la constitution d'un groupe stable. Ainsi le groupe s'est éteint après environ 3 ou 4 mois de tentatives. La nécessité, particulière au milieu de l'Hôpital Douglas, de composer avec une clientèle à peu près également répartie entre anglophones et francophones, alliée à la prévalence modérée d'alcoolisme/toxicomanie, exigeait la constitution de deux groupes linguistiques; autrement on aurait plutôt cherché à constituer des groupes relativement homogènes sur le plan de leur stade par rapport à leur consommation. Finalement, le fait que les groupes se soient rencontrés à l'hôpital, où plusieurs clients n'aimaient pas aller, n'a pas aidé.

3.7.5 Bilan

Malgré ces difficultés de parcours, le bilan de l'expérience est positif. Si les intervenants de l'équipe n'ont pas encore maîtrisé la pratique du traitement intégré et tendent encore à référer au spécialiste en alcoolisme/toxicomanie dans l'équipe, ils ont quand même acquis plusieurs notions et habiletés qu'ils utilisent dans leurs interventions. Le remplacement de Gilbert Tremblay par une autre intervenante spécialisée en alcoolisme/toxicomanie atteste du fait que l'équipe perçoit bien l'utilité d'inclure cette spécialité sur l'équipe. Le processus d'assimilation du traitement intégré, qui prend du temps, a au moins commencé.

D’autres programmes québécois ont déjà été influencés par l’expérience de l’hôpital Douglas. Le Service d’Accompagnement et de Soutien Communautaire, à Hull, a engagé, il y a déjà plus de deux ans, un intervenant en alcoolisme/toxicomanie pour améliorer son intervention auprès de la population atteinte de double problématique. Deborah Thomson, maintenant coordonnatrice d’une nouvelle équipe de suivi intensif en voie de démarrer à l’Hôpital du Haut- Richelieu, prévoit inclure sur son équipe un(e) spécialiste en alcoolisme/toxicomanie.

3.8 Transférabilité

Dans ce projet, nous avons tenté d’adapter, dans un contexte canadien, un modèle qui a été démontré comme efficace dans des sites américains. Nous ne voyions pas de raison *a priori* de penser que ce modèle ne pouvait être adopté ici, ou qu’il serait sensiblement moins efficace qu’aux États-Unis : les différences dans les modes de financement et d’organisation des services qui existent entre les deux pays n’ont pas d’impact important à ce niveau. Il est en principe tout aussi possible ici qu’aux États-Unis d’inclure dans une équipe de suivi intensif un ou des spécialistes en alcoolisme/toxicomanie, et de former les autres membres de l’équipe aux techniques du traitement intégré. L’expérience que nous avons réalisée ici, malgré les difficultés de parcours qui ont été notées, tend à confirmer cette supposition. Nous avons engagé quelqu’un avec la formation requise, des formations ont été données à l’équipe, et ces formations semblent avoir eu un impact sur l’intervention dans le sens voulu.

Nous avons également identifié dans notre population une prévalence de consommation d’alcool ou de drogues peut-être un peu inférieure, mais pas très différente de ce que la documentation scientifique rapporte aux États-Unis. Ceci est d’autant plus notable que la clientèle desservie par ce programme n’habite pas au centre-ville. Même si les issues de la consommation d’alcool ou de drogues peuvent ne pas être aussi graves ici qu’aux États-Unis (par exemple, le risque de contracter l’hépatite C en consommant des drogues pourrait être plus faible ici qu’aux États-Unis), notre expérience tend à confirmer la pertinence ici aussi de faire en sorte que les équipes de suivi intensif s’adressent à l’alcoolisme/toxicomanie en même temps qu’à la maladie mentale.

Sur le plan des effets, notre étude a confirmé l’efficacité d’une équipe de suivi intensif calquée sur le modèle américain ACT sur plusieurs dimensions, en particulier des dimensions subjectives telles que la qualité de vie et la satisfaction par rapport aux services, ainsi que sur le fonctionnement des clients tel que perçu par les intervenants. L’étude a aussi confirmé la rentabilité très élevée d’une équipe de suivi intensif, les clients admis au programme ayant un grand nombre de jours d’hospitalisations avant leur admission. Le petit nombre de personnes qui ont accepté d’être interviewées et qui consommaient de l’alcool ou des drogues, ajouté peut-être aux difficultés d’implantation que le projet a connu, ne nous ont pas permis, toufefois, de démontrer l’efficacité de l’intervention soit sur le plan de la consommation, soit sur celui des stades de traitement.

Considérant tous ces facteurs ensemble, il nous semble clair qu’il est pertinent de promouvoir le développement d’équipes de suivi intensif habilitées à donner un traitement intégré pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et qui consomment de l’alcool ou des drogues. À cela nous voyons présentement deux types d’obstacles.

Premièrement, dans beaucoup de provinces et de régions, il n'existe pas encore d'équipes de suivi intensif, et encore moins d'équipes qui se sont données pour mandat d'intervenir au niveau des deux problématiques de façon intégrée. Il faudrait que les ministères de la santé provinciaux et les régies régionales qui ne l'ont pas encore fait mettent en place des mécanismes incitatifs ou autres pour pousser le développement de telles équipes. Il est maintenant très clair que le suivi intensif en équipe est une modalité de traitement plus efficace et plus efficiente que l'approche traditionnelle de donner des rendez-vous à la clinique externe [5, 54].

Deuxièmement, on manque de personnel adéquatement formé; on manque même de personnel capable d'offrir le genre de formation soutenue qui est requise. Ce problème se pose de façon particulièrement aiguë au Québec, où beaucoup d'intervenants ne maîtrisent pas assez l'anglais pour pouvoir aller en stage ou recevoir une formation aux États-Unis, là où l'expertise dans ce domaine est la plus développée. Il y aurait lieu ici pour les gouvernements provinciaux d'accorder des fonds pour la formation.

Il serait utile alors de s'appuyer sur l'expertise d'états pionniers tels que le New Hampshire pour développer des stratégies et programmes de formation. Au New Hampshire, on a réussi à former en l'espace de quelques mois une main d'oeuvre relativement qualifiée en: (1) calculant le nombre d'intervenants requis; (2) identifiant des intervenants intéressés et susceptibles de bénéficier d'une formation en traitement intégré; (3) rassemblant ces intervenants pour leur donner une formation intensive; et (4) consolidant cette formation au moyen de formations continues d'un jour à un endroit central, pour discuter avec des experts de cas cliniques et acquérir de nouvelles informations [58]

3.9 Leçons apprises

Nous avons résumé, dans la première partie du rapport, les enseignements de la documentation scientifique actuelle sur les meilleures façons d'organiser le traitement intégré. Très peu de milieux cliniques au Canada (ou, d'ailleurs, aux États-Unis ou en Europe) ont assimilé ces enseignements à ce jour. Un énorme défi demeure au niveau du transfert des connaissances.

Une des leçons importantes que nous dégageons de cette étude est qu'il est possible, dans le cadre du système de santé québécois ou canadien, de mettre sur pied une équipe de suivi intensif aussi fidèle au modèle ACT que la grande majorité des équipes américaines considérées fidèles au modèle. De plus, une telle équipe semble avoir des effets bénéfiques sur la clientèle, tout en réduisant les coûts, conformément à ce que la documentation scientifique nous laissait espérer.

Par ailleurs, les expériences de l'équipe étudiée dans ce projet, qui a tenté d'intégrer ces connaissances, ont permis de dégager plusieurs suggestions, dont certaines recoupent ce que l'on retrouve dans la documentation scientifique, tandis que d'autres sont plus précises que ce que nous y avons trouvé. Ces dernières suggestions ont sans doute besoin d'être validées par des études subséquentes. Nous rapportons ici l'ensemble de ces suggestions :

- Toute équipe de suivi intensif devrait chercher à engager au moins un, et préférablement deux, intervenants qui ont une double formation et expérience en intervention auprès des

personnes atteintes de troubles mentaux graves et des personnes alcooliques/toxicomanes. Les bénéfices retirés de la présence de Gilbert Tremblay sur l'équipe ont été décrits plus haut. Inclure *deux* intervenants avec une telle formation présenterait les avantages suivants : (1) partage de la tâche difficile de transmission de connaissances, de concepts et d'habiletés cliniques au reste de l'équipe, qui leur permettront de donner eux-mêmes une intervention plus intégrée; (2) soutien et stimulation mutuelle des deux intervenants; et (3) plus grande continuité dans le cas du congé ou du départ de l'un. Ces avantages sont importants surtout au début, avec une équipe formée d'intervenants sans expertise particulière dans le domaine de l'alcoolisme/toxicomanie.

- Il faut, encore une fois surtout au début, et surtout si l'équipe n'a qu'un seul spécialiste en alcoolisme/toxicomanie, veiller à protéger son temps : réduire autant que possible les livraisons de médicaments et autres tâches non spécifiques, et probablement aussi lui enlever toute responsabilité d'intervenant principal. En revanche l'intervenant spécialisé doit alors : (1) faire une évaluation systématique, répétée périodiquement, de la consommation de tous les clients desservis par l'équipe, y compris au moyen de tests d'urine dans les cas où on pense que cela pourrait aider à éclaircir le tableau; (2) appartenir à toutes les mini-équipes de clients identifiés comme consommant de l'alcool ou des drogues de façon à pouvoir participer activement à la formulation et la révision du plan de traitement, et à intervenir directement, dans tous ces cas; (3) constituer et diriger des groupes de traitement, tels que décrits plus haut; et finalement (4), préparer et donner des formations pour les autres intervenants de l'équipe.

- Il est utile de prévoir pour l'équipe des formations additionnelles de spécialistes dans des domaines très pointus, par exemple, la technique d'entrevue motivationnelle, pour raffiner la formation plus générale que peut donner l'intervenant de l'équipe. Le psychiatre aura aussi, dans la plupart des cas, besoin de formation supplémentaire sur les ajustements à faire à la prescription de médicaments pour les personnes qui consomment de l'alcool ou des drogues, ainsi que sur les façons d'intervenir auprès de ces clients. Si c'est possible, il est également préférable de donner à l'intervenant spécialisé en alcoolisme/toxicomanie la possibilité de consulter au besoin un expert de haut calibre, tel qu'il avait été prévu pour Gilbert Tremblay avec le Dr Negrete.

- L'administration de l'établissement doit aussi donner à l'équipe un mandat clair de réduire la prévalence de consommation d'alcool et de drogues chez la clientèle. Ceci implique une reconnaissance qu'un tel mandat entraîne, à court terme tout au moins, des coûts supplémentaires : (1) le salaire de l'intervenant en alcoolisme/toxicomanie est normalement plus élevé que celui d'un agent de relations humaines, tandis que, si on suit la suggestion faite plus haut, l'intervenant assume moins des tâches non spécifiques de l'équipe et ainsi n'allège pas, à court terme, la tâche clinique de l'équipe proportionnellement au temps qu'il travaille; (2) on doit permettre des hospitalisations pour désintoxication; (3) il faut également prévoir au budget des tests d'urine (qui peuvent facilement s'élever à quelques milliers de dollars par année pour une équipe). On sait cependant que la clientèle qui consomme coûte plus cher, et que l'intervention intégrée permet, sur une période d'années, à une proportion importante de clients de devenir abstinents ou presque. Il semble raisonnable de croire qu'on observe alors une

diminution de leurs coûts en services, quoique nous ne connaissions pas d'étude qui ait directement évalué cette hypothèse. En outre, ce type de traitement intégré coûte moins cher que les traitements qui exigent un séjour prolongé en milieu institutionnel, et permet de réaliser des économies en s'y substituant.

- Finalement, il faut bien communiquer le fait que le contrôle de la consommation chez cette population est un travail de longue haleine. C'est sur une période d'années et non de mois que l'on doit s'attendre à voir des effets de l'intervention sur la consommation – particulièrement chez une nouvelle équipe qui n'a pas encore maîtrisé le traitement intégré.

4. DIFFUSION DES RÉSULTATS

4.1 Diffusion des connaissances sur le traitement intégré

Sur le plan de la diffusion des connaissances sur le traitement intégré, la subvention a permis de réaliser les deux activités suivantes :

- Journée d'étude, à l'Hôpital Douglas, pour le traitement intégré maladie mentale grave/toxicomanie, le 19 janvier 1999. Plus d'une trentaine de personnes, surtout des intervenants de première ligne de programmes de suivi intensif (hospitaliers et d'organismes communautaires) de Montréal et de Hull y ont participé;

- Présentation de 2 heures et demie, au colloque annuel de l'Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale, sur le traitement intégré, le 7 octobre 1999 à St-Hyacinthe. Les présentateurs principaux ont été le Dr Juan Carlos Negrete, M Gilbert Tremblay, et le Dr James Farquhar, le psychiatre de l'équipe ACT de l'Hôpital Douglas. Plus d'une soixantaine de personnes ont assisté à cette présentation. On y a présenté à la fois les résultats de la recherche évaluative, et l'expérience de l'équipe de l'Hôpital Douglas d'adoption du traitement intégré.

- Participation à un atelier portant sur « La toxicomanie chez les patients traumatisés cranio-cérébraux : approche intégrée », dans le cadre du colloque « Traumatismes cranio-cérébraux : approches actuelles et novatrices », Laval, le 5 avril 2001.

4.2 Résultats de l'étude

Des résultats préliminaires de l'étude ont été présentés au *Grand Rounds* de l'Hôpital Douglas en avril 2000, et le mois suivant, au département de psychologie à l'Indiana University Purdue University Indianapolis (à l'invitation du professeur Gary Bond, un des principaux chercheurs dans le domaine du suivi intensif). M. Gilbert Tremblay les a également présentés au congrès international de réadaptation en psychiatrie à Paris en mai 2000. Plusieurs autres personnes, à la Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre et à l'Hôpital Charles LeMoyne en particulier, ont également pris connaissance de ces résultats.

Le contenu du présent rapport sera diffusé à deux événements spéciaux organisés par le FASS : celui de Montréal le 23 avril 2001, et celui de Vancouver le 28 mai 2001. Nous

prévoyons en outre soumettre un abrégé pour présentation orale au congrès annuel de l'Association Canadienne de Psychiatrie, qui se tiendra à Montréal du 14 au 18 novembre 2001.

Finalement, nous comptons préparer deux manuscrits à partir de ces résultats, l'un pour un auditoire Canadien qui mettra l'accent sur le bilan qualitatif de l'expérience (probablement pour le Canadian Journal of Psychiatry) et l'autre, visant une revue internationale, pour la présentation des résultats quantitatifs.

RÉFÉRENCES

1. Stein, L.I. and M.A. Test, *Alternative mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation.* Archives of General Psychiatry, 1980. **37**: p. 392-397.

2. Test, M.A. and L.I. Stein, *Alternative to Mental Hospital Treatment. III. Social Cost.* Archives of General Psychiatry, 1980. **37**: p. 409-412.

3. Stein, L.I. and A.B. Santos, *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. 1998, New York, NY: WW Norton. 274.

4. Allness, D. and W. Knoedler, *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up*. 1998, Arlington, VA: The National Alliance for the Mentally Ill. 347.

5. Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante, *Le suivi intensif en equipe dans la communaute pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, . 1999, Ministere de la Sante et des Services sociaux: Montreal, Quebec.

6. Meisler, N., *Report on Fall 1996 Conference of State Representatives on ACT*, . 1997.

7. Ontario Ministry of Health, *Assertive Community Treatment Guideline*, . 1997, Ontarion Ministry of Health: North York, Ont.

8. Association des hôpitaux du Québec, *Cadre de référence: Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, . 2000: Montréal. p. 29.

9. Teague, G.B., G.R. Bond, and R.E. Drake, *Program Fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure.* American Journal of Orthopsychiatry, 1998(April).

10. American Psychiatric Association, *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. 1994, Washington, DC: The Association.

11. Regier, D., *et al.*, *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse.* Journal of the American Medical Association, 1990. **264**: p. 2511-2518.

12. Drake, R.E. and K.T. Mueser, *Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis.* Schizophrenia Bulletin, 2000. **26**(1): p. 105-118.

13. Mueser, K.T., R.E. Drake, and M.A. Wallach, *Dual diagnosis: A review of etiological theories.* Addictive Behaviors, 1998. **23**(6): p. 717-734.

14. Drake, R.E. and M.A. Wallach, *Moderate Drinking Among People With Severe Mental Illness.* Hospital and Community Psychiatry, 1993. **44**(8): p. 780-782.

15. Linszen, D., P. Dingemans, and M. Lenior, *Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenic disorders.* Archives of General Psychiatry, 1994. **51**: p. 273-279.

16. Swofford, C., *et al.*, *Substance abuse: a powerful predictor of relapse in schizophrenia.* Schizophrenia Research, 1996. **20**(145-151).

17. Haywood, T., *et al.*, *Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders.* American Journal of Psychiatry, 1995. **152**(856-861).

18. Bartels, S., R. Drake, and G. McHugo, *Alcohol use, depression and suicide in schizophrenia.* American Journal of Psychiatry, 1992. **149**: p. 394-395.

19. Cuffel, B., *et al.*, *A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia.* Journal of Nervous and Mental Disease, 1994. **182**(704-708).

20. Abram, K. and L. Teplin, *Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy.* American Psychologist, 1991. **46**: p. 1036-1045.

21. Shaner, A., *et al.*, *Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenic cocaine abusers.* New England Journal of Medicine, 1995. **333**: p. 777-783.

22. Drake, R. and A. Wallach, *Substance abuse among the chronic mentally ill.* Hospital and Community Psychiatry, 1989. **40**: p. 1041-1046.

23. Owen, R., *et al.*, *Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia.* Psychiatric Services, 1996. **47**: p. 853-858.

24. Rosenberg, S.D., *et al.*, *Prevalence of HIV, Hepatitis B, and Hepatitis C in People with Severe Mental Illness.* American Journal of Public Health, 2001. **91**(1): p. 31-37.

25. Dixon, L., S. McNary, and A. Lehman, *Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness.* American Journal of Psychiatry, 1995. **152**(456-458).

26. Bartels, S., *et al.*, *Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs.* Journal of Nervous and Mental Diseases, 1993. **181**(4): p. 227-232.

27. Dickey, B. and H. Azeni, *Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: their excess costs of psychiatric care.* American Journal of Public Health, 1996. **86**(7): p. 973-977.

28. Zisook, S., *et al.*, *Past substance abuse and the clinical course of schizophrenia.* American Journal of Psychiatry, 1992. **149**: p. 552-553.

29. Drake, R.E., *et al.*, *Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders.* Schizophrenia Bulletin, 1998. **24**(4): p. 589-608.

30. Bachman, K., *et al.*, *An integrated treatment program for dually diagnosed patients.* Psychiatric Services, 1997. **48**: p. 314-316.

31. Ribisl, K., *et al.*, *The role of social networks and psychopathology in predicting substance abuse treatment outcome in a dual diagnosis sample*, . 1996.

32. Drake, R., *et al.*, *The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness.* American Journal of Orthopsychiatry, 1996. **66**: p. 42-51.

33. Mueser, K., R. Drake, and D. Noordsy, *Integrated mental health treatment and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders.* Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 1998. **4**: p. 129-139.

34. Bond, G., E. McDonel, and L. Miller, *Assertive Community Treatment and Reference Groups: An Evaluation of their Effectiveness for Young Adults with Serious Mental Illness and Substance Abuse Problems.* Psychosocial Rehabilitation Journal, 1991. **15**(2): p. 31-43.

35. Morse, G.A., *et al.*, *Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People.* Hospital and Community Psychiatry, 1992. **43**(10): p. 1005-1010.

36. Drake, R.E., *et al.*, *Assertive Community Treatment for Patients with Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorder: A Clinical Trial.* American Journal of Orthopsychiatry, 1998. **68**(2): p. 201-215.

37. McHugo, G., *et al.*, *Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study*. Psychiatric Services, 1999. **50**(6): p. 818-824.

38. Drummond, M.F., *et al.*, *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Second Edition*. 1997, Toronto: Oxford University Press.

39. Miller, L.S. and W.O. Faustman, *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, in *Outcomes Assessment in Clinical Practice*, L.I. Sederer and B. Dickey, Editors. 1996, Williams & Wilkins: Baltimore.

40. Eisen, S.V., *Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32)*, in *Outcomes Assessment in Clinical Practice*, L. Sederer and B. Dickey, Editors. 1996, Williams and Wilkins: Baltimore, MD. p. 65-69.

41. Barker, S., *et al.*, *A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I. Reliability and Validity.* Community Mental Health Journal, 1994. **30**(4): p. 363-379.

42. Barker, S. and N. Barron, *Multnomah Community Ability Scale: A User's Manual*, . 1997, Network Behavioral Health Care, Inc.: Portland, OR.

43. Drake, R.E., K.T. Mueser, and G. McHugo, *Clinical Rating Scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS)*, in *Outcomes Assessment in Clinical Practice*, L.I. Sederer and B. Dickey, Editors. 1996, Williams & Wilkins: Baltimore. p. 113-116.

44. Becker, M., R. Diamond, and F. Sainfort, *A New Patient-Focused Index for Measuring Quality of Life in Persons with Severe and Persistent Mental Illness.* Quality of Life Research, 1993. **2**(4): p. 239-251.

45. Diaz, P. and C. Mercier, *An Evaluation of the Wisconsin Quality-of-LIfe Questionnaires for Clinical Application and Research in Canada.* Quality of Life Newsletter, 1996. **16**: p. 11-12.

46. Attkisson, C.C. and T.K. Greenfield, *The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) Scales and the Service Satisfaction Scale-30 (SSS-30)*, in *Outcomes Assessment in Clinical Practice*, L.I. Sederer and B. Dickey, Editors. 1996, Williams & Wilkins: Baltimore. p. 120-127.

47. Perreault, M. and P. Leichner, *Patient Satisfaction with Outpatient Psychiatric Services: Qualitative and Quantitative Assessments.* Evaluation and Program Planning, 1993. **16**: p. 109-118.

48. Sciarappa, K., E.S. Rogers, and J. Chamberlin, *A consumer-constructed empowerment scale*, . 1994, Center for Psychiatric Rehabilitation: Boston, MA.

49. Drake, R.E., A.I. Alterman, and S.R. Rosenberg, *Detection of Substance Use Disorders in Severely Mentally Ill Patients.* Community Mental Health Journal, 1993. **29**(175-194).

50. Becker, D. and R. Drake, *Individual Placement and Support: A Community Mental Health Center Approach to Vocational Rehabilitation.* Community Mental Health Journal, 1994. **30**(2): p. 193-206.

51. Bond, G., *Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical Support.* Psychiatric Rehabilitation Journal, 1998. **22**(2): p. 11-23.

52. Goldman, H.H., J.P. Morrissey, and S.M. Ridgely, *Evaluating the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness.* Milbank Quarterly, 1994. **72**(1): p. 37-47.

53. Johnsen, M., *et al. Reducing substance use through service system integration*. in *American Public Health Association Annual Meeting*. 2000. Boston, MA.

54. Latimer, E., *Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature.* Canadian Journal of Psychiatry, 1999. **44**(5): p. 443-454.

55. Marshall, M. and A. Lockwood, *Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders.* Cochrane Library, 1998(2): p. 1-32.

56. Bond, G.R., J.H. McGrew, and D.M. Fekete, *Assertive Outreach for Frequent Users of Psychiatric Hospitals: A Meta-Analysis.* The Journal of Mental Health Administration, 1995. **22**(1): p. 4-16.

57. Rosenheck, R., L. Frisman, and M. Neale, *Estimating the capital component of mental health care costs in the public sector*. Administration and Policy in Mental Health, 1994. **21**: p. 493-509.

58. Fox, T., L. Fox, and R.E. Drake, *Developing a Statewide Service System for People with Co-Occurring Mental Illnes and Substance Abuse Disorders.* Interventions and Research, 1992. **1**(4): p. 9-13.